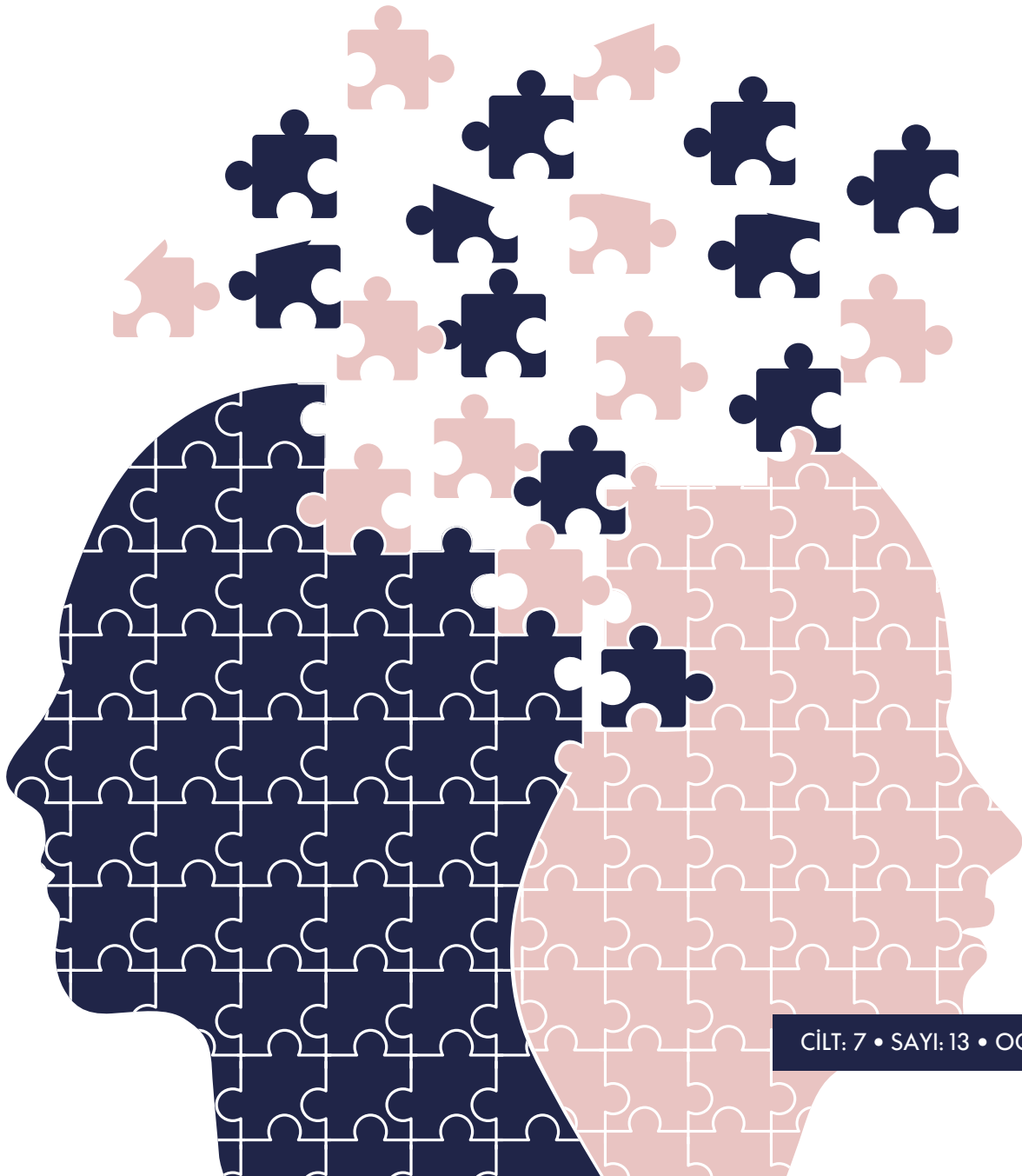


TÜRKİYE BÜTÜNCÜL PSIKOTERAPİ

DERGİSİ



CİLT: 7 • SAYI: 13 • OCAK 2024

TÜRKİYE BÜTÜNCÜL PSİKOTERAPİ DERGİSİ

Yılda iki kere yayımlanır.

Tüm hakları saklıdır. Yayıncının izni olmaksızın tümüyle veya kısmen yayımlanamaz, kısmen de olsa çoğaltılamaz ve elektronik ortamlarda yayımlanamaz. Copyright© Psikoterapi Enstitüsü

ISSN 2587-2702

Cilt: 7 / Sayı: 13 / Ocak 2024

<http://dergipark.gov.tr/bpd>

İmtiyaz Sahibi:

Tahir Özakkaş

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:

Şükriye Ahsen Özakkaş

Editör Kurulu

Tahir ÖZAKKAŞ, MD., Ph.D.

Baş Editör (Editör-in-chief)
Psikoterapi Enstitüsü

Doç. Dr.

Fatümatü Zehra ERCAN

Editör

Selçuk Üniversitesi

Alan Editörleri

Teorik Çalışmalar Editörü

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ÇORAK

Marmara Üniversitesi- İstanbul/TÜRKİYE

Nitel Çalışmalar Editörü

Dr. Öğr. Üyesi Fatümatü Zehra ERCAN

Selçuk Üniversitesi- Konya/TÜRKİYE

Nicel Çalışmalar Editörü

Doç. Dr. Bahtiyar ERASLAN ÇAPAN

Anadolu Üniversitesi - Eskişehir/TÜRKİYE

Karma Yöntemler Editörü

Dr. Fatih USTA

Biruni Üniversitesi - İstanbul/TÜRKİYE

Olgu Çalışmaları Editörü

Dr. Ayşe Devrim MASALCI BURÇAK

Uzman Psikolojik Danışman

İzmir Analiz Psikoloji İzmir/TÜRKİYE

Kitap Kritik Editörü

MD Tahir ÖZAKKAŞ

Psikoterapi Enstitüsü - Kocaeli/TÜRKİYE

İstatistik Editörü

Doç. Dr. Muhammet ÖZTABAK

Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi

İstanbul/TÜRKİYE

Türkçe Dil Editörü

Uzm. Klinik Psk. Gülten İKİZOĞLU

Sıradışı Psikoloji - İstanbul/TÜRKİYE

İngilizce Dil Editörü

Uzm. Klinik Psk. Yaşar Kubilay TANER

Psikoterapi Enstitüsü - Kocaeli/TÜRKİYE

Hakem Kurulu

Habib HAMURCU (Türkiye)

Hacer ULASAN (Türkiye)

Halenur ALKOÇLAR (Türkiye)

Halil Gökhan SAĞLIK (Türkiye)

Haluk ALAN (Türkiye)

Hasan AVCI (Türkiye)

Hasan KENDİRCİ (Türkiye)

Hatice Kübra ŞİRİN (Türkiye)

Hilal ALTUNDAL DURU (Türkiye)

Hilal BEBEK (Türkiye)

Hüsnü ERKMEN (Türkiye)

İbrahim BALCIOĞLU (Türkiye)

İhsan YAMLI (Türkiye)

İlke Nil BİREYŞOĞLU ÖZEN (Türkiye)

Iris STEINFELD (Türkiye)

İsmail KOÇ (Türkiye)

James FOSSHAGE (ABD)

Jeffrey MAGNAVITA (ABD)

John C. NORCROSS (ABD)

Judith SCHOENHOLTZ-READ (ABD)

Kamil TUZGÖL (Türkiye)

Kamile CAN (Türkiye)

Kayıhan Oğuz

KARAMUSTAFALIOĞLU (Türkiye)

Lütfi ATABEY (Türkiye)

M. Zihni SUNGUR (Türkiye)

Mahsum AVCI (Türkiye)

Makbule UZUN ÇINAR (Türkiye)

Marvin GOLDFRIED (ABD)

Mehmet Akif AYDIN (Türkiye)

Mehmet ASLAN (Türkiye)

Mehmet Emin SARIKAYA (Türkiye)

Mehmet Erdem MEMETOĞLU

(Türkiye)

Mehmet TEKNECİ (Türkiye)

Mehtap HİSAR (Türkiye)

Melek ARSLANBENZER (Türkiye)

Meliha TUZGÖL DOST (Türkiye)

Melike Feyza ATEŞ (Türkiye)

Mert AYTAÇ (Türkiye)

Mesut ÇETİN (Türkiye)

Müberra YENİŞAR (Türkiye)

Müge KİREMİTÇİ ÖZTÜRK (Türkiye)

Muhammed Übeydullah ÖZTABAK

(Türkiye)

Murat HALİŞÇELİK (Türkiye)

Mustafa BİLİCİ (Türkiye)

Mustafa GÖDEŞ (Türkiye)

Mustafa MERMİ (Türkiye)

Mustafa ÖZAY (Türkiye)

Mustafa SARSU (Türkiye)

Mustafa SOLMAZ (Türkiye)

Mustafa TUNCER (Türkiye)

Mutluhan İZMİR (Türkiye)

Nazan PARLAK YASA (Türkiye)

Necdet DÖNMEZ (Türkiye)

Nilüfer DEMİRHAN (Türkiye)

Nilüfer ÖNDER SANATÇI (Türkiye)

Osman Olcay YAMAN (Türkiye)

Özge KAPISIZ (Türkiye)

Özlem AKÇAY CİNER (Türkiye)

Özlem AKÇAY CİNİT (Türkiye)

Paul WACHTEL (ABD)

Pekay AYDIN (Türkiye)

Pelin Aksu BARKIN (Türkiye)

Reyhan Nuray DUMAN (Türkiye)

Saadet UÇAN (Türkiye)

Sabri ÇAKAR (Türkiye)

Samet ÖNDER (Türkiye)

Savaş POLAT (Türkiye)

Seda SAPMAZ YURTSEVER (Türkiye)

Selman YETKİN (Türkiye)

Sema YEŞİLYURT (Türkiye)

Semiha TUFAN (Türkiye)

Serpil KIZILTAŞ GÜNYÜZ (Türkiye)

Sibel TOY (Türkiye)

Sinem ARITEMİZ (Türkiye)

Spyros ORFANOS (ABD)

Stanley MESSER (ABD)

Sueda ÖZCAN CERAN (Türkiye)

Süheyla ÜNAL (Türkiye)

Şahin FİLİZ (Türkiye)

Şahin UÇAR (Türkiye)

Şanver YEREBAKAN (Türkiye)

Taha Burak TOPRAK (Türkiye)

Timur HARZADIN (Türkiye)

Tuba ÖĞER (Türkiye)

Tülay ASAL (Türkiye)

Tülin BALTA (Türkiye)

Tuncay ÇALIKOĞLU (Türkiye)

Ümit AKÇAKAYA (Türkiye)

Ümit SAHRANÇ (Türkiye)

Yasemin ÖZKAN (Türkiye)

Yasemin SOLAK ÇALIKOĞLU

(Türkiye)

Yıldırım B. DOĞAN (Türkiye)

Yücel SÖZER (Türkiye)

Yusuf ALPER (Türkiye)

Yusuf KAVUN (Türkiye)

Yusuf ÜLKER (Türkiye)

Zehra İNCEDAL SONKAYA (Türkiye)

Zekeriya KÖKREK (Türkiye)

Baskı: ENT Matbaa Yayın Reklam San. ve Tic. Anonim Şirketi

Merkez Efendi Mh. Mevlana Cd. Tercüman Sit. A-8 Blok No:118 No:54 K:13 Zeytinburnu - İSTANBUL

PSİKOTERAPİ ENSTİTÜSÜ EĞİTİM ARAŞTIRMA SAĞLIK ORG. VE DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ. GENEL MERKEZİ

Asmalı Mescit Mah. İstiklal Cad. Galatasaray Han, "Terapi İş Merkezi Beyoğlu" Dış Kapı No: 120 D:42, Beyoğlu / İSTANBUL

Tel: 0212 243 2397

PSİKOTERAPİ ENSTİTÜSÜ EĞİTİM ARAŞTIRMA SAĞLIK ORG. VE DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ. DARICA ŞUBESİ

Bayramoğlu Mah. Fatih Sultan Mehmet Cad. "Terapi İş Merkezi Bayramoğlu" Dış Kapı No: 285 D:29, Darica / KOCAELİ

Tel: 0262 653 6699

www.psikoterapi.com - www.m.psikoterapi.com - www.psikoterapi.org - www.hipnoz.com



İçindekiler

Editörden Okuyucuya..... 3

DERLEME

Aile Odaklı Yas Terapisinin Kanser Hastası Olan Ailelerde Aile İşlevselliğine Etkisi 7
Burak Can KORKMAZ

Şizoid Kişilik Bozukluğunun Adli Bilimler Çerçevesinde Değerlendirilmesi 15
Kamala KHALINBAYLI

Yas Psikolojisini Anlamak.....23
Esra SAVAŞ

Psikoterapistin Narsisizmi ve Terapötik Sürece Etkisi35
Emrullah KILIÇ

Obsesif Kompulsif Bozuklukta; Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ve Yeni Nesil Kabul ve Kararlılık Terapisi, Karşılaştırmalı Müdahale Yaklaşımları45
Ayşin AKDAĞ

Kaos ve Alan Teorisi Bağlamında Bireyden Topluma Değişimin Bir Paradigması: Yakup Kadri ve Nur Baba Romanına Bütüncül Bir Bakış63
Burak ŞENSÖZ

OLGU SUNUMU

"Anneciğim burada dur.": Ayrılma Kaygısı Bozukluğu Vakasının Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ile Sağaltımı (Olgu Sunumu)71
Arif Erdem KÖROĞLU

H. Kohut'un Kendilik Psikolojisi Yaklaşımı Çerçevesinde Narsistik Kendilik Bozukluğu Belirtileri Gösteren T. Bey'in Psikoterapi Sürecine Bakış 77
Davut CEYLAN, Vakkas ÖZBEK

Editörden Okuyucuya...

Değerli Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi okuyucuları, yedinci yılın ilk sayısını ilginize sunuyoruz. Ruh sağlığı profesyonellerine yönelik, ruh sağlığı profesyonellerinin mesleki bilgi ve deneyimleri kapsamında hazırladıkları makalelerden oluşan, okuyucuda yeni ufuklar açan bir sayı ile karşınızdayız. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi'nin 2024 yılının ilk sayısı olan 13. sayısında zengin ve öğretici bir içerik sunmaktadır. Bu sayıda iki olgu sunumu, altı derleme makalesi olmak üzere 8 makale sunulmaktadır. Bunlardan birincisi Burak Can KORKMAZ tarafından kaleme alınan *Aile Odaklı Yas Terapisinin Kansere Hastası Olan Ailelerde Aile İşlevselliğine Etkisi* başlıklı derleme makalesidir. Makalede aile odaklı yas terapisinin kanser hastası olan ailelerin işlevselliğine olan etkisini incelemektedir. Makalede kanser teşhisinin aileler ve aile işlevselliği üzerindeki etkisi açıklanmış olup, palyatif bakım ile yas süreci aile odaklı yas terapisinin çerçevesinde tartışılmıştır.

İkinci makale Kamala KHALINBAYLI'nın sunduğu *Şizoid Kişilik Bozukluğunun Adli Bilimler Çerçevesinde Değerlendirilmesi* başlıklı derleme makalesidir. Makalede şizoid kişilik bozukluğu ile suç arasındaki ilişki ve şizoid kişilik bozukluğunun cezai sorumluluğu incelenmektedir. Makalede şizoid bireylerin kişilik örgütlenmelerinin, örneğin empati becerilerinin yetersizliği, mekanik ve cansız hissetmesi, duygu dünyasından yoksun olması, sevmekten korkması, aynı zamanda antisosyal eylemlere ve dissosiyasyona yatkın olması onları suça yatkın hale getirebildiği ve şizoid vakaların adli bilimler çerçevesinde daha detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Üçüncü derleme makale Esra SAVAŞ'ın kaleme aldığı *Yas Psikolojisini Anlamak/Understanding the Psychology of Grief* başlıklı İngilizce makalesidir. Makale yas sürecini ve psikolojisini farklı yönleriyle ele almaktadır. 21. yüzyıl yas terapisinin yaklaşımlarının teorik çerçevesini sunarak yası çok boyutlu olarak tanımak, fark etmek ve çeşitli terapötik ekollerden faydalanarak bütüncül bir şekilde tedavi etmek için bir çerçeve sunmaktadır.

Sayının dördüncü derleme makalesi Emrullah KILIÇ tarafından kaleme alınan *Psikoterapistin Narsisizmi ve Terapötik Sürece Etkisi* başlıklı makalesidir. Makalede Psikoterapistlerin kendi kişilik örgütlenmelerindeki narsistik unsurların terapi sürecine olumsuz yansıtacağı önermesi ele alınmıştır. Terapistlere, içe dönmek ve danışanlar kadar kendi narsistik özelliklerini olgunlaştırma süreçlerine odaklanmaları gerektiği argümanını sunmaktadır. Bu argümanı farklı kuramsal yaklaşımlarla desteklemektedir.

Sayının beşinci derleme makalesi Ayşin AKDAĞ tarafından kaleme alınan *Obsesif Kompulsif Bozuklukta; Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ve Yeni Nesil Kabul ve Kararlılık Terapisi, Karşılaştırmalı Müdahale Yaklaşımları* başlıklı makalesidir. Bu makalede OKB' nin anlaşılması ve tedavisinde, klasik Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile BDT temelli yeni nesil çağdaş terapilerden Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)'nin temel özellikleri açıklanarak müdahaleleri karşılaştırmalı olarak gözden geçirilmiştir.

Sayının altıncı makalesi Burak ŞENSÖZ tarafından kaleme alınan *Kaos ve Alan Teorisi Bağlamında Bireyden Topluma Değişimin Bir Paradigması: Yakup Kadri ve Nur Baba Romanına Bütüncül Bir Bakış* başlıklı makalesidir. Makalede Yakup Kadri Karaosmanoğlu'nun Nur Baba kitabının bütüncül psikoterapi bağlamında incelemesi yapılmış, toplumun birey ve bireyin topluma etkileri kaos ve alan teorisi kapsamında tartışılmıştır.

Sayının yedinci ve sekizinci makaleleri olgu çalışmalarıdır. Yedinci makale Arif Erdem KÖROĞLU'nun "*Anneçığım burada dur.": Ayrılma Kaygısı Bozukluğu Vakasının Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ile Sağaltımı (Olgu Sunumu)*" başlıklı makalesidir. Bu çalışmada ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı alan 6 yaşında bir çocukla yürütülen 24 çocuk merkezli oyun terapisinin seanslarından oluşan bir uygulamanın sonuçları sunulmaktadır.

Sayının sekizinci makalesi Davut CEYLAN, Vakkas ÖZBEK tarafından hazırlanan *H. Kohut'un Kendilik Psikolojisi Yaklaşımı Çerçevesinde Narsistik Kendilik Bozukluğu Belirtileri Gösteren T. Bey'in Psikoterapi Sürecine Bakış* başlıklı makalede kendilik psikolojisi çerçevesinde terapi süreci yürütülen bir vakanın terapi süreci ele alınmıştır.

Birbirinden değerli çalışmalarını istifadelerinize sunmaktan memnuniyet duymaktayız.

Son olarak süreçte özveri ile derginin yayımlanma sürecini takip eden Tahir ÖZAKKAŞ hocama teşekkür ederim.

Keyifli okumalar dilerim...

Doç. Dr. F. Zehra ERCAN

25 Ocak 2024

Selçuklu / KONYA

TÜRKİYE
BÜTÜNCÜL
PSİKOTERAPİ
DERGİSİ

DERLEME

Aile Odaklı Yas Terapisinin Kansere Hastası Olan Ailelerde Aile İşlevselliğine Etkisi¹

Burak Can KORKMAZ²

Özet

İleri evre kanser tanısı sadece hastayı değil, aynı zamanda hastanın aile üyelerini de etkilemektedir. Paralel olarak dizi çalışma, kanser hastası olan ailelerin işlevselliğinde bozulma olduğunu tespit etmiştir. Aile işlevselliğinin boyutları olan ifade gücü, bağlılık ve çatışma çözme etkilenecek aile bireylerinin iyi oluş halinin olumsuz yönde değişmesine sebep olmaktadır. Kansere karşı karşıya olan ailelerin, palyatif bakım ve yas sırasında aile işlevselliğini iyileştirmeyi amaçlayan bir müdahaleye ihtiyaç duymasına rağmen terapötik yaklaşımların aile işlevselliğini ihmal ettiği görülmektedir. Bu noktada, aile odaklı yas terapisi, kanser teşhisi ile başlayan bu zorlu süreç içerisinde risk altında bulunan aileler için önleyici bir müdahale olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışma, aile odaklı yas terapisinin kanser hastası olan ailelerin aile işlevselliğine olan etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla ilk olarak kanser teşhisinin aileler ve aile işlevselliği üzerindeki etkisi açıklanmış, daha sonra palyatif bakım ile yas sürecine değinilmesi sağlanarak aile odaklı yas terapisi literatür bağlamında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yas Terapisi, Aile Terapisi, Aile İşlevselliği, Kansere, Aile.

The Effect of Family-Focused Grief Therapy on Family Functioning in Families with Cancer Patients

Abstract

The diagnosis of advanced cancer affects not only the patient but also the patient's family members. In parallel, several studies have found that families with cancer have impaired functioning. Expressiveness, cohesiveness, and conflict resolution, which are the dimensions of family functionality, are affected and cause the well-being of family members to change negatively. Although families facing cancer need an intervention aimed at improving family functioning during palliative care and bereavement, therapeutic approaches have neglected family functioning. At this point, family-focused grief therapy emerged as a preventive intervention for families at risk during this difficult process that started with the diagnosis of cancer. This study aims to examine the effect of family-focused grief therapy on family functioning of families with a cancer member. For this purpose, firstly, the effect of a cancer diagnosis on families and family functioning was explained, then family-focused grief therapy was discussed in the context of palliative care and the grief process.

Keywords: Grief Therapy, Family Therapy, Family Functioning, Cancer, Family.

¹ Bu makale yazarın Queen Mary University of London bünyesinde hazırladığı "The effectiveness of family-focused grief therapy on family functioning for families with an advanced cancer member: a systematic review" isimli Yüksek Lisans Tez Çalışmasından türetilmiştir.

² Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Psikolojisi Anabilim Dalı, b.korkmaz@hss18.qmul.ac.uk

Giriş

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kanser, yaşamı tehdit eden ve bulaşıcı olmayan bir hastalık olarak yalnızca bireyi değil aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu aileyi de büyük oranda etkilemektedir (Siegel ve ark., 2023). 21. yüzyılda tüm dünyada birincil ölüm nedeninin kanser hastalığı olacağı tahmin edilmektedir (Bray ve ark., 2018). Şuan zaten halihazırda kanser verilerine bakıldığında 70 yaşın altındaki kişiler için 172 ülkenin 91'inde kanserin birinci veya ikinci ölüm nedeni olarak önemli bir sorun teşkil ettiği görülmektedir (WHO, 2018). Kanser hastalığının hem bireyi hem de toplumu çok geniş ölçüde etkileyebildiği göz önüne alındığında yalnızca hastalığın fiziksel semptomlarının değil aynı zamanda ruh sağlığına etkilerinin de ele alınması birey ve çevresindeki kişiler için büyük bir öneme sahiptir.

Kanserin dört farklı evresi bulunmaktadır (Hu ve ark., 2017). Erken evre olarak adlandırılan birinci ve ikinci evrelerde kanserin yayılımı fazla değilken ileri evre olarak adlandırılan üçüncü ve dördüncü evrelerde kanserin aşırı bir şekilde çoğalmaya ve yayılmaya başladığı bilinmektedir (Sahare ve Kulkarni, 2020). Dördüncü evre olan ilerlemiş kanser ise yaklaşan kayıp ihtimalinin getirdiği önemli psikolojik sıkıntı sebebi ile kanser hastaları ve aileleri tarafından baş edilemeyen en zor evredir (An ve ark., 2018).

Kanser Teşhisinin Aile Üzerindeki Etkisi

Kanser teşhisinin aile işlevselliği üzerinde ciddi bir etkisi bulunmaktadır (Lewis ve ark., 2020). Kanser hastalarının ve aile üyelerinin çoğu kanserin nasıl ilerleyeceği ve bu süreçte nelerle baş etmeleri gerektiği konusunda belirsizlik yaşamaktadırlar (Lebel ve ark., 2017). Bu belirsizlik sebebiyle aile üyelerinin yaşam kaliteleri düşmekte ve aile işlevselliğini bozucu yönde etki eden depresif semptomlar ortaya çıkmaktadır (Gold ve ark., 2016). Daha da ötesinde, sağlık çalışanları sadece hastaya odaklanarak aile üyelerini ihmal ettiklerinde aile üyeleri kendilerini oldukça güvensiz ve endişeli hissedebilmektedir (Augustussen ve ark., 2017). Kanser hastalığının tedavisinin zorlu bir süreç olduğu düşünüldüğünde tehdit altında olan aile işlevselliğini güçlendirmek adına hastanın yanı sıra aile üyelerinin de odak noktasına alınması sağlanabilir. Sonuç olarak, kanser hastası olan aileye yönelik bir müdahale programının uygulanması, tüm aile üyelerinin tedaviye dahil edilmesi ve birlikte desteklenmesi yolu ile aile işlevselliğinin geliştirilmesi açısından faydalı olabilir.

Aileden bir kişiye kanser teşhisi konması durumunda aile için karmaşık ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır (Petursdottir ve Svavarsdottir, 2019). Çünkü aile yalnızca yaklaşan kaybın getirdiği olumsuz duyguyla değil aynı zamanda iyi oluş hallerini etkileyecek düzeyde fiziksel, psikolojik, ekonomik ve ev içi zorluklarla karşı karşıyadır (Candy ve ark., 2011). Kanser hastalığının tedavisi sürecinde aynı zamanda ailenin hastaya destek olması büyük bir önem kazanmaktadır (Van Schoors ve ark., 2020). Fakat bu noktada aile üyelerinin hastaya karşı fiziksel ve duygusal destek olmasının beklenmesi aile üyelerinin üzerinde genellikle psikolojik bir yük ve sıkıntı ortaya çıkarmaktadır (Boele ve ark., 2019). Bu nedenle, psikoterapi müdahalesine kanser hastasının yanı sıra aile bireylerinin de katılması bu zorlu süreçte aile işlevselliğinin korunması ve geliştirilmesi açısından faydalı olabilir.

Kanser tedavisi sürecinde fiziksel yükün aile işlevselliği üzerindeki etkisi oldukça azken aile üyelerinin duygusal ve psikolojik sıkıntıları aile işlevselliğini derinden etkilemektedir (Beierlein ve ark., 2017). Bu nedenle, kanser teşhisinin konmasının ardından aile üyelerini hiç zaman kaybetmeden önleyici bir müdahaleye almak, bozulma riski taşıyan aile işlevselliğinin korunmasına ve iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Kanser hastası ve aile üyeleri arasındaki psikolojik rahatsızlıkların fiziksel rahatsızlıklara göre çok daha güçlü bir ilişki göstermesi sebebiyle tüm aile üyelerine psikolojik destek verilmesi aile işlevselliğinin bozulmasını önlemek için faydalı olabilir (Streck ve ark., 2020). Kanser hastası olan aileler için etkili önleyici bir müdahale programına ihtiyaç bulunması sebebiyle aile odaklı yas terapisi ortaya çıkmıştır (Boelen ve Smid, 2017).

Kanser Hastası Olan Ailelerde Aile İşlevselliği

İleri evre kanser teşhisi, aile işlevselliği üzerinde kompleks ve yıkıcı etkilere sebep olabilir (Park ve ark., 2019). Kanser tedavisinin devam ettiği palyatif bakım sırasında ailelerin yaklaşık %20'sinde zayıf ifade gücü, düşük bağlılık ve yüksek çatışma ile karakterize olmak üzere zayıf aile işlevselliği gözlemlenmiştir. Ayrıca kanser hastası aile bireyinin ölümü ile birlikte bu oranın %30'a kadar çıktığı tespit edilmiştir (Kissane ve ark., 2006). Aile içerisinde zayıf işlevsellelikle birlikte aile üyeleri depresyon ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalıklar yaşayabilmektedir (Santesteban-Echarri ve ark., 2018). Sonuç olarak tüm aile üyelerinin kanser teşhisi ile birlikte alışkanlıkları, rutinleri, rolleri değişmekte, özellikle aile işlevselliği olumsuz yönde etkilenmektedir (Schuler ve ark., 2017).

İfade gücü, bağlılık ve çatışma çözümü, aile işlevselliğinin klinik olarak önemli boyutları olarak kabul edilmektedir (Zaider ve ark., 2020). Aile üyelerinin diğer üyelere duygu ve düşüncelerini aktarabilmesi ifade gücü ile tanımlanmaktadır (Schuler ve ark., 2017). Aile üyeleri arasında birliktelik duygusunun bulunması bağlılığı gösterirken aile üyeleri için zorlayıcı olan konularda iletişim kurma isteği çatışma çözümünü göstermektedir (Masterson, Schuler ve Kissane, 2013). Bu nedenle, kanser hastası olan ailelerde ortaya çıkan işlevsiz etkileşim kalıpları düşük bağlılık, azalmış ifade gücü ve yüksek kişilerarası çatışmadır (Schuler ve ark., 2014).

Aile işlevselliğine göre bakıldığında kanser hastası bulunan aileler destekleyici, çatışma çözücü, orta düzey, huysuz ve saldırgan olarak sınıflandırılmaktadır (Schuler, Zaider ve Kissane, 2012). "Destekleyici" ve "çatışma çözücü" aileler sorunlarla yapıcı bir şekilde başa çıkabildikleri için psikososyal hastalıklara yakalanma riskleri düşüktür (Kissane ve ark., 2006). İşlevselliği yüksek düzeyde bulunan bu aile türlerinin aksine, "saldırgan" ailelerde yüksek düzeyde çatışma ile zayıf ifade ve düşük bağlılık bulunurken "huysuz" aileler bu üç alanda da orta düzeyde bozulma gösterir. "Orta düzey" ailelere gelince, her ne kadar orta düzeyde bir bağlılık ve ifade gücü gösterebilirler de yas sürecinin ilk aşamasında işlevselliğlerinde bozulma ihtimali yüksektir. Bu nedenle, aile işlevselliği düşük veya orta düzeyde bulunan aileler için önleyici bir müdahale faydalı olabilir (Masterson, Schuler ve Kissane, 2013).

Aile üyelerinin iletişim kalıpları ve ifadeleri, palyatif bakım sırasında sorunların çözümünde çok önemlidir. Çünkü aile üyeleri, kanser hastasının ölümünden sonra suçlu hissetmek gibi uygunsuz başa çıkma tepkileri gösterebilir (Breen ve ark., 2018b). Palyatif bakımdan yas sürecine kadar uygulanacak müdahalenin iletişim kalıplarını geliştirmede etkili olması gerekmektedir (Lee ve Yun, 2018). Aile odaklı yas terapisi ile aile etkileşim örüntülerinin geliştirilmesi hedeflendiğinden dolayı aile odaklı yas terapisi ile birlikte aile üyelerinin başa çıkma tepkileri uygun bir şekilde düzenlenebilir.

Kanser Hastası Ailelere Palyatif Bakım

Palyatif bakım, doğrudan yaşamı tehdit eden hastalıklar sebebiyle ortaya çıkan sorunlarla uğraşan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini desteklemek için ortaya çıkmıştır (WHO, 2017). Palyatif bakım, kanser hastalığının tedavi sürecinde hayati bir öneme sahiptir (Sanagoo ve ark., 2016). Dolayısıyla palyatif bakım kanser hastaları için şiddetle tavsiye edilmektedir (Bakouny ve ark., 2018). Kronik ve ilerleyen çeşitli hastalıklar için palyatif bakım kullanılsa da palyatif bakımı kullanan hastaların büyük bir bölümü kanser hastalarından oluşmaktadır (Kilvert ve Fox, 2018). Palyatif bakım hastanın kanser tanısını almasıyla başlar ve yaşamının sonuna kadar devam eder (Foster ve ark., 2010). Aynı zamanda ailenin yas desteği almasını da kapsayan palyatif bakım hem hastayı hem de aileyi desteklemeyi amaçlar (Iyengar ve ark., 2016). Bu nedenle, yas sürecinin palyatif bakım desteği ile birlikte geçirilmesi aile üyelerinin palyatif bakım ekibinden yardım alarak sevdiklerinin kaybına kendilerini hazırlamalarını sağlayabilir (Wiese ve ark., 2010).

Bir dizi farklı uzmanın birlikte çalıştığı palyatif bakım, hasta ve aile üyelerine yardımcı olmak için çeşitli amaçlara sahiptir (Glover ve ark., 2018). Bu amaçlardan biri de hasta ve ailesine psikolojik destek sağlamaktır (Bloom ve ark., 2018). Kanser hastası olan ailelerin palyatif bakım sırasında sürekli stres ve sevdiklerinin ölüm beklentisini yaşadıkları için bu zorlu süreçte psikolojik rahatsızlık yaşama olasılıkları yüksektir (Candy ve ark., 2011; Romo ve ark., 2018). Aile işlevselliğinin bozulmaması adına palyatif bakıma sadece hasta değil aynı zamanda aile bireylerinin de dahil edilmesi faydalı olabilir. Dolayısıyla, aile bireylerinin müdahaleye katılımı ile birlikte palyatif bakımda aile işlevselliğini iyileştirmeyi kolaylaştıran terapötik konuşmalar sağlanabileceğinden psikoterapinin bu dönemde kullanılması düşünülebilir (Petursdottir & Svavarsdottir, 2019).

Sevilen kişinin kaybından sonra aile üyeleri ölen kişiye karşı kendilerini bir daha ifade etme şansı bulamayacağından dolayı söylenmemiş sözler ve gizlenmiş duygular gibi bitmemiş işler ortaya çıkabilir (Yamashita ve ark., 2017). Bu bitmemiş işler aile üyeleri arasında suçluluk ve pişmanlık duygularına yol açabilir (Milberg ve ark., 2008). Bu nedenle bir palyatif bakım programı, aile üyesinin ölümünden önce ailenin işleyişini iyileştirmek adına bitmemiş işleri çözme fırsatını sunarak onları psikolojik sıkıntılardan korumak adına tüm aile üyelerini içermelidir (Aoun ve ark., 2017).

Bir aile üyesine kanser teşhisi konduğunda bu durum hemen hemen ailedeki bütün küçük çocuklar üzerinde önemli ölçüde olumsuz bir etki yaratmaktadır (Morris ve ark., 2018). Bu nedenle, ölümcül hastalığı olan ebeveynlerin çoğu, çocuklarına durumları hakkında ne söyleyeceklerini öğrenmek için klinisyenlere başvurmaktadır (Weber ve ark., 2019). Korkulu, sıkıntılı ve koruyucu ebeveynler, kanser teşhisi konusunda çocuklarıyla nasıl iletişime geçmeleri gerektiği konusunda klinisyenlerin rehberliği için aşırı talepkar olabilmektedirler (Fearnley ve Boland, 2017). Bu nedenle, aile odaklı yas terapisi, aile üyelerini hastalık durumu ile ilgili sağlıklı bir şekilde iletişime dahil ederek çocuklarını palyatif bakımdan yas dönemine kadar uzanan bu stresli dönemden korumak isteyen ebeveynler için oldukça yararlı olabilir (Kissane, 2017).

Sevilen birinin ölümünün ardından aile üyesinin kaybına uyum sağlamaya çalışan diğer bireyler boşanma, ebeveyn ayrılığı gibi yeni ve yıkıcı deneyimler yaşayabilmektedir (Breen ve ark., 2018a). Ailede yaşanan bu değişimler benzer bir şekilde kanser teşhisinin başlangıcı ile birlikte de ortaya çıkabilir. Kanser hastası ve aile üyeleri, aile işlevselliğindeki bozulmanın tüm aileyi etkilediği duygusal olarak zor bir dönemle baş etmek zorunda olduğundan, aile işlevselliğini artırmak aynı zamanda ailenin psikolojik sağlamlığını da artıracaktır (Lee ve Yun, 2018). Sonuç olarak, palyatif bakımdan yas sürecine kadar bütün aşamalarda aile işlevselliğinin dikkate alınması büyük bir öneme sahiptir.

Aile Odaklı Yas Terapisi

Aile odaklı yas terapisi, kanser hastası olan ailelerde palyatif bakımdan yas sürecine kadar her aşamada aile işlevselliğini iyileştirmek için uygulanmaktadır (Schuler ve ark., 2017). Aile odaklı yas terapisi seanslarında, aile işlevselliğinin boyutları olarak ifade gücü, bağlılık ve çatışma çözümüne odaklanılır (Zaider ve ark., 2020). Aile işlevselliğine ek olarak, yas semptomları, psikolojik sıkıntı düzeyleri ve klinik depresyon gibi çeşitli bireysel sonuçlar da hedeflenir (Kissane ve ark., 2016).

Psikiyatri, psikoloji ve sosyal hizmet alanlarında, aile terapisti olarak eğitilen klinisyenler, öğretim için deneyimsel rol oynama ve didaktik yöntemlerin kullanıldığı beş saatlik bir aile odaklı yas terapisi eğitim atölyesine katıldıktan sonra aile odaklı yas terapisini uygulama yetkinliğini elde ederler (Gaudio ve ark., 2011). Aile odaklı yas terapisi, seans başına 90 dakika olmak üzere 6 ile 10 seanstan oluşan ve duygusal süreçlere odaklı süresi sınırlı bir terapidir. Ayrıca, 9-18 ay arasında düzenlenme esnekliğine sahiptir (Kissane ve ark., 2008). Ampirik olarak geliştirilmiş bir model olan aile odaklı yas terapisi değerlendirme, müdahale ve sonlandırma olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Ayrıca, kanser hastalarının ve ailelerinin semptomlarını hafifletmeyi amaçlayan aile odaklı yas terapisi seanslarının palyatif bakımdan başlayıp yas aşaması içerisinde de devam etmesi önerilmektedir (Masterson, Schuler ve Kissane, 2013). İlk olarak değerlendirme aşamasında 1-2 seans içerisinde ailenin sorun ve endişelerine öncelik verilir, daha sonra ise 3-6 seans arasında üzerinde uzlaşılan konular ve endişelere odaklanılarak bunların detaylandırılması sağlanır. Son aşamada ise 1-2 seans içerisinde elde edilen kazanımların pekiştirilmesi sağlanır (Zaider, 2020).

Palyatif ortamlarda, kanser hastası olan ailelerin sonuçlarını daha iyi hale getirmek için aile odaklı yas terapisi kullanılır (Areia ve ark., 2020). Ailelerin psikolojik ve psikososyal sonuçları doğrudan aile işlevselliği ile ilişkilidir (Breen ve ark., 2018b). Bu nedenle aile odaklı yas terapisi, aile sonuçlarını iyileştirmek için öncelikle aile işlevselliğini dikkate alır. Her aile farklı aile işlevselliği gösterdiğinden dolayı aile odaklı yas terapisi seanslarında terapistler çoğunlukla aile işlevselliğindeki zayıf ve güçlü yönleri odaklanarak ailenin hikayesine ulaşmayı amaçlar (Kissane ve ark., 2017).

Aile işlevselliği, aile merkezli bakımın önemli bir bileşenidir (Zhang, 2018). Ailenin işlevselliğinin sadece palyatif bakım için değil aynı zamanda yas süreci için de çok önemli olması sebebiyle yas sürecindeki aile üyeleri kanser hastasının ölümünden sonra da aile merkezli bakıma katılmaya devam eder (Garrouste-Orgeas ve ark., 2019). Bu nedenle, aile odaklı yas terapisi, palyatif bakımın yanı sıra yas sırasında da aile işlevselliğini stabilize etmek için tasarlanmıştır (Schuler ve ark., 2017).

Aile odaklı yas terapisi, aile bireyinin kanser teşhisi alması ile birlikte işlevselliğinde bozulmalar meydana gelen aileler için kullanılabilir (Kissane ve ark., 2017). İyi aile işleyişine ve güçlü aile ilişkilerine sahip "destekleyici" ve "çatışma çözücü" aileler, palyatif bakım ve yas boyunca yapıcı iletişim kullanarak sorunlarla başa çıktıklarından, aile odaklı yas terapisi çoğunlukla işlevselliği zayıf veya orta olan diğer aile tiplerine odaklanır (Delalibera ve ark., 2015). Bu noktada, önleyici bir müdahale olarak aile odaklı yas terapisinin kullanılması, aileler için aile işlevselliğinin bozulma riskinin yüksek olduğu zorlu kanser tedavisi dönemiyle başa çıkmaları açısından fayda sağlayabilir.

Yapılan araştırmalar çoğunlukla aile odaklı yas terapisinin aile işlevselliğini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Chan ve ark., 2004; Dumont ve Kissane, 2009; Jacobson ve Butler, 2013; Zaider, 2020). Fakat bununla birlikte, aile odaklı yas terapisi uygulanan deney grubu ile kontrol grubu arasında aile işlevselliği açısından önemli bir farklılık olmadığını ifade eden randomize kontrollü çalışmalar da bulunmaktadır (Kissane ve ark., 2006; Mondia ve ark., 2011). Bu çelişen sonuçlar ile ilgili sağlıklı yorumlar yapabilmek adına aile odaklı yas terapisinin aile işlevselliğinin boyutları üzerindeki etkisini ayrı ayrı ele almak faydalı olacaktır.

Aile odaklı yas terapisi seanslarının ardından aile işlevselliğinin ifade gücü boyutunda önemli bir artış olduğu tespit edilmiştir (Dumont ve Kissane, 2009; Gaudio ve ark., 2011; Gaudio ve ark., 2012; Kissane ve ark., 2016; Zaider ve ark., 2020). Fakat diğer taraftan, ifade gücü boyutunda görülen bu gelişme aile işlevselliğinin bağlılık ve çatışma çözümü boyutları için aynı oranda gözlemlenmemiştir (Kissane ve ark., 2006; Mondia ve ark., 2011). Çatışma çözümü

boyutunun aksine ifade gücünün artmasıyla birlikte daha fazla iletişim kurmaya başlayan aile üyeleri arasında bağıllık boyutunun iyileştiği görülmüştür (Gaudio ve ark., 2012; Jacobson ve Butler, 2013; Mondia ve ark., 2011). İfade gücü boyutunda büyük oranda ve bağıllık boyutunda ise nispeten gözlemlenen iyileşme çatışma çözümü boyutu için sağlanamamıştır (Gaudio ve ark., 2011; Kissane ve ark., 2016).

Aile işlevselliğinin her üç boyutunda bozulma gösteren ailelerde aile odaklı yas terapisinin aile işlevselliğinin boyutlarının hiçbirinde iyileşme sağlamadığı tespit edilmiştir (Gaudio ve ark., 2012; Mondia ve ark., 2011). Bu sebeple aile odaklı yas terapisinin ifade gücü boyutunda etkili olması da büyük oranda bağıllık ve çatışma çözümü boyutlarındaki duruma bağlıdır (Kissane ve ark., 2006; Kissane ve ark., 2016). Sonuç olarak, aile odaklı yas terapisinin iletişim sorunları ve bağıllık gibi aile işlevselliği boyutları açısından risk altında bulunan kanser hastası olan aileler için kullanılması faydalı olacaktır. Özellikle yüksek düzeyde çatışma yaşayan aileler için farklı çalışmalar yapılmaya devam edilmelidir.

SONUÇ

İleri evre kanser tanısının aile işlevselliğini olumsuz etkilediği açık olmakla birlikte palyatif bakım ve yas sürecine odaklanan müdahaleler literatürde ihmal edilmiştir. Araştırmalar daha çok hastaların sonuçlarına odaklanırken aile üyeleri göz ardı edilmiştir. Palyatif bakımda aile sonuçlarını iyileştirme ihtiyacına cevap olarak aile odaklı yas terapisi ortaya çıkmıştır. Aile odaklı yas terapisi aile işlevselliği üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Fakat bazı çalışmalar bunun aksini göstermektedir. Tüm klinik çalışmalar aile odaklı yas terapisinin genel aile işlevselliği üzerindeki faydasını göstermese de, aile işlevselliğinin boyutları incelendiğinde çoğu çalışmada aile işlevselliğinin ifade gücü boyutunda gelişme kaydedildiği bulunmuştur. Bununla birlikte bağıllık boyutu da ifade gücünün iyileşmesiyle gelişim göstermektedir. Fakat çatışma çözümünde sorun yaşayan aile üyeleri için aile odaklı yas terapisi öncesinde bireysel terapi uygulanması faydalı olacaktır. Yüksek düzey çatışma yaşayan ailelerde etkisiz kalan aile odaklı yas terapisinin aile fonksiyonunun hem ifade gücü hem de bağıllık boyutlarını olumlu yönde etkileyebileceği bulunmuş fakat özellikle aile üyeleri arasındaki iletişimin büyük oranda artış göstermesi açısından aile odaklı yas terapisi başarı göstermiştir. Palyatif bakım ve yas sürecinde aile odaklı yas terapisinin kullanılması ailenin işlevselliği açısından önemli bir yere sahiptir.

Sonuç olarak aile odaklı yas terapisi, aile katılımı sağladığı ve aile dinamiklerini etkilediği için hasta yakınları açısından olumlu motivasyonel destekleyici terapi etkisi oluşturabilecektir. Aile bütünlüğü ve işlevselliği arttırıldığında sonuçtan bağımsız olarak en azından kanser tedavisi gören hastanın yakınları açısından süreci ve sonucu daha kabul edilebilir hale getirecektir. Aile odaklı yas terapisi aynı zamanda tedavi sürecindeki hastayı da olumlu etkileyebilir. Hatta kanser hastasının motivasyonel sürecini de araştıran yeni araştırmalar yapılabilir. Aile işlevselliği açısından tedavi sürecinde pozitif bir destek ve çaba oluşacağı için sonuçları tolere etmekte aile bireyleri daha olumlu duygular gösterebilecektir. Bu varsayımına dayanarak kanser hastası yakınları ile yeni araştırmaların planlanması ve sonuçların literatüre kazandırılması faydalı olacaktır.

REFERENCES

- An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-oncology*, 27(11), 2566-2572. <https://doi.org/10.1002/pon.4843>
- Aoun, S., Rumbold, B., Howting, D., Bolleter, A. and Breen, L. (2017). Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLOS ONE*, 12(10), p.e0184750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750>
- Areia, N., Góngora, J., Major, S., Oliveira, V. and Relvas, A. (2020). Support interventions for families of people with terminal cancer in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, pp.1-9. <https://doi.org/10.1017/s1478951520000127>
- Augustussen, M., Hounsgaard, L., Pedersen, M. L., Sjögren, P., & Timm, H. (2017). Relatives' level of satisfaction with advanced cancer care in Greenland—a mixed methods study. *International journal of circumpolar health*, 76(1), 1335148. <https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1335148>
- Bakouny, Z., Assi, T., El Rassy, E., Daccache, K., Kattan, C., Tohme, A., Mouhawej, M. and Kattan, J. (2018). Factors associated with the time to first palliative care consultation in Lebanese cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), pp.1529-1533. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4543-0>
- Beierlein, V., Bultmann, J. C., Möller, B., von Klitzing, K., Flechtner, H. H., Resch, F., ... & Bergelt, C. (2017). Measuring family functioning in families with parental cancer: reliability and validity of the German adaptation of the family assessment device (FAD). *Journal of psychosomatic research*, 93, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.11.007>

- Bloom, C., Slaich, B., Morales, D., Smeeth, L., Stone, P. and Quint, J. (2018). Low uptake of palliative care for COPD patients within primary care in the UK. *European Respiratory Journal*, 51(2), p.1701879. <https://doi.org/10.1183/13993003.01879-2017>
- Boele, F. W., Rooney, A. G., Bulbeck, H., & Sherwood, P. (2019). Interventions to help support caregivers of people with a brain or spinal cord tumour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012582.pub2>
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *Bmj*, 357. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. and Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68, pp.394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Breen, L., Aoun, S., O'Connor, M., Howting, D. and Halkett, G. (2018a). Family Caregivers' Preparations for Death: A Qualitative Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), pp.1473-1479. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.02.018
- Breen, L., Szylit, R., Gilbert, K., Macpherson, C., Murphy, I., Nadeau, J., Reis e Silva, D. and Wiegand, D. (2018b). Invitation to grief in the family context. *Death Studies*, 43(3), pp.173-182. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1442375>
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007617.pub2>
- Chan, E., O'Neill, I., McKenzie, M., Love, A. and Kissane, D. (2004). What works for therapists conducting family meetings: treatment integrity in family-focused grief Therapy during palliative care and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(6), pp.502-512. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.10.008>
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A. and Franco, M. (2015). Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), pp.1119-1134. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>
- Dumont, I. and Kissane, D. (2009). Techniques for framing questions in conducting family meetings in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 7(2), pp.163-170. <https://doi.org/10.1017/s1478951509000212>
- Fearnley, R., & Boland, J. W. (2017). Communication and support from health-care professionals to families, with dependent children, following the diagnosis of parental life-limiting illness: a systematic review. *Palliative medicine*, 31(3), 212-222. <https://doi.org/10.1177/0269216316655736>
- Foster, T., Lafond, D., Reggio, C. and Hinds, P. (2010). Pediatric Palliative Care in Childhood Cancer Nursing: From Diagnosis to Cure or End of Life. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(4), pp.205-221. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.003>
- Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Poulain, E., Evin, A., Guirimand, F., Fossez-Diaz, V., ... & Timsit, J. F. (2019). The Fami-life study: protocol of a prospective observational multicenter mixed study of psychological consequences of grieving relatives in French palliative care units on behalf of the family research in palliative care (FRIPC research network). *BMC Palliative Care*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0496-4>
- Gaudio, F., Hichenberg, S., Eisenberg, M., Kerr, E., Zaider, T. and Kissane, D. (2012). Latino Values in the Context of Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(3), pp.271-278. <https://doi.org/10.1177/1049909112448926>
- Gaudio, F., Zaider, T., Brier, M. and Kissane, D. (2011). Challenges in providing family-centered support to families in palliative care. *Palliative Medicine*, 26(8), pp.1025-1033. <https://doi.org/10.1177/0269216311426919>
- Glover, T., Narvel, N., Schneider, L., Horgas, A. and Bluck, S. (2018). Nursing Students' Reactions to an Educational Experiential Immersion in Palliative Care. *Journal of Nursing Education*, 57(11), pp.675-679. <https://doi.org/10.3928/01484834-20181022-08>
- Gold, M., Dunn, L. B., Phoenix, B., Paul, S. M., Hamolsky, D., Levine, J. D., & Miaskowski, C. (2016). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.003>
- Hu, H., Wei, W., Yi, X., Xin, L., & Liu, Y. (2017). A retrospective analysis of clinical utility of AJCC 8th edition cancer staging system for breast cancer. *World journal of oncology*, 8(3), 71. <https://doi.org/10.14740/wjon1039e>
- Iyengar, V., Behl, A., Pillai, S. and Londhe, B. (2016). Analysis of Palliative Care Process through SAP-LAP Inquiry: Case Study on Palliative Care and Training Centre. *Global Journal of Flexible Systems Management*, 17(4), pp.403-416. <https://doi.org/10.1007/s40171-016-0137-1>
- Jacobson, L. and Butler, S. (2013). Grief Counseling and Crisis Intervention in Hospital Trauma Units. *The Family Journal*, 21(4), pp.417-424. <https://doi.org/10.1177/1066480713488530>
- Kilvert, A. and Fox, C. (2018). Palliative care and heart failure in diabetes. *Practical Diabetes*, 35(4), pp.144-148. <https://doi.org/10.1002/pdi.2182>
- Kissane, D. (2017). Under-resourced and under-developed family-centred care within palliative medicine. *Palliative Medicine*, 31(3), pp.195-196. <https://doi.org/10.1177/0269216317692908>

- Kissane, D. W., Lichtenthal, W. and Zaider, T. (2008). Family Care before and after Bereavement. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 56(1), pp.21-32. <https://doi.org/10.2190/om.56.1.c>
- Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1208-1218. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1208>
- Kissane, D., Zaider, T., Li, Y., Hichenberg, S., Schuler, T., Lederberg, M., Lavelle, L., Loeb, R. and Del Gaudio, F. (2016). Randomized Controlled Trial of Family Therapy in Advanced Cancer Continued Into Bereavement. *Journal of Clinical Oncology*, 34(16), pp.1921-1927. <https://doi.org/10.1200/jco.2015.63.0582>
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., & Butow, P. (2017). Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psycho-oncology*, 26(4), 424-427. <https://doi.org/10.1002/pon.4103>
- Lee, M. and Yun, Y. (2018). Family Functioning Predicts End-of-Life Care Quality in Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 41(3), pp.E1-E10. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000495>
- Lewis, F. M., Loggers, E. T., Phillips, F., Palacios, R., Tercyak, K. P., Griffith, K. A., ... & Almulla, H. A. (2020). Enhancing connections-palliative care: a quasi-experimental pilot feasibility study of a cancer parenting program. *Journal of Palliative Medicine*, 23(2), 211-219. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0163>
- Masterson, M. P., Schuler, T. A., & Kissane, D. W. (2013). Family focused grief therapy: a versatile intervention in palliative care and bereavement. *Bereavement Care*, 32(3), 117-123. <https://doi.org/10.1080/02682621.2013.854544>
- Milberg, A., Olsson, E., Jakobsson, M., Olsson, M. and Friedrichsen, M. (2008). Family Members' Perceived Needs for Bereavement Follow-Up. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(1), pp.58-69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.039>
- Mondia, S., Hichenberg, S., Kerr, E., Eisenberg, M. and Kissane, D. (2011). The Impact of Asian American Value Systems on Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(6), pp.443-448. <https://doi.org/10.1177/1049909111426281>
- Morris, J., Turnbull, D., Preen, D., Zajac, I. and Martini, A. (2018). The psychological, social, and behavioural impact of a parent's cancer on adolescent and young adult offspring aged 10–24 at time of diagnosis: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 65, pp.61-71. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.03.001>
- Park, E. M., Miller, K. L., & Knafelz, K. A. (2019). Understanding familial response to parental advanced cancer using the family management style framework. *Journal of psychosocial oncology*, 37(6), 758-776. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1614132>
- Petursdottir, A. B., & Svavarsdottir, E. K. (2019). The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 3018-3031. <https://doi.org/10.1111/jan.14089>
- Romo, R., Censer, I., Williams, B. and Smith, A. (2018). Relationship Between Expectation of Death and Location of Death Varies by Race/Ethnicity. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(10), pp.1323-1329. <https://doi.org/10.1177/1049909118773989>
- Sahare, M. and Kulkarni, D. (2020). Diagnosis of Two Chronic Disease: A Review. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3646216>
- Sanagoo, A., Azizi Moghadam, A., Hazini, A., Azar Gashb, E., Mahasti Jouybari, L. and Araghian Mojarad, F. (2016). The Comparison of Family Member's Satisfaction of Palliative Care and Standard Care for Patients With Incurable Cancer. *Journal of Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.17795/ccn-6243>
- Santesteban-Echarri, O., MacQueen, G., Goldstein, B. I., Wang, J., Kennedy, S. H., Bray, S., ... & Addington, J. (2018). Family functioning in youth at-risk for serious mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.08.01>
- Schuler, T. A., Zaider, T. I., & Kissane, D. W. (2012). Family grief therapy: A vital model in oncology, palliative care and bereavement. *Family Matters*, (90), 77-86. <https://doi.org/10.1080/02682621.2013.854544>
- Schuler, T. A., Zaider, T. I., Li, Y., Hichenberg, S., Masterson, M., & Kissane, D. W. (2014). Typology of perceived family functioning in an American sample of patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, 48(2), 281-288. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.013>
- Schuler, T. A., Zaider, T. I., Li, Y., Masterson, M., McDonnell, G. A., Hichenberg, S., ... & Kissane, D. W. (2017). Perceived family functioning predicts baseline psychosocial characteristics in US participants of a family focused grief therapy trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(1), 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.01>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: a cancer journal for clinicians*, 73(1), 17-48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
- Streck, B. P., Wardell, D. W., LoBiondo-Wood, G., & Beauchamp, J. E. (2020). Interdependence of physical and psychological morbidity among patients with cancer and family caregivers: review of the literature. *Psycho-oncology*, 29(6), 974-989. <https://doi.org/10.1002/pon.5382>

- Van Schoors, M., De Mol, J., Verhofstadt, L. L., Goubert, L., & Van Parys, H. (2020). The family practice of support-giving after a pediatric cancer diagnosis: A multi-family member interview analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101712. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101712>
- Weber, M., Alvariza, A., Kreicbergs, U. and Sveen, J. (2019). Communication in families with minor children following the loss of a parent to cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 39, pp.41-46. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.01.005>
- Wiese, C., Morgenthal, H., Bartels, U., Voßen-Wellmann, A., Graf, B. and Hanekop, G. (2010). Post-mortal bereavement of family caregivers in Germany: a prospective interview-based investigation. *Wiener klinische Wochenschrift*, 122(13-14), pp.384-389. <https://doi.org/10.1007/s00508-010-1396-z>
- World Health Organization (2017) *WHO definition of palliative care*. Available at: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Erişim: 16.06.2023)
- World Health Organization (2018) *Global Health Observatory*. Available at: <https://www.who.int/gho/database/en/> (Erişim: 16.06.2023)
- Yamashita, R., Arao, H., Takao, A., Masutani, E., Morita, T., Shima, Y., Kizawa, Y., Tsuneto, S., Aoyama, M. and Miyashita, M. (2017). Unfinished Business in Families of Terminally Ill With Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), pp.861-869. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.013>
- Zaider, T. I., Kissane, D. W., Schofield, E., Li, Y., & Masterson, M. (2020). Cancer-related communication during sessions of family therapy at the end of life. *Psycho-Oncology*, 29(2), 373-380. <https://doi.org/10.1002/pon.5268>
- Zhang, Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), pp.3205-3224. <https://doi.org/10.1111/jocn.14500>

Şizoid Kişilik Bozukluğunun Adli Bilimler Çerçevesinde Değerlendirilmesi

Kamala KHALINBAYLI¹

Özet

Kişilik bozukluklarında görülen belirleyici özellikler kapsamlı olmakta ve süreklilik, devamlılık ve değişmezlik eğilimi göstermektedir. Kişilik bozukluklarının etiolojisinde genetik faktörler, bağlanma ve erken dönem çocukluk yaşantıları, travmatik olaylar, ailesel ve sosyokültürel faktörler gibi çok sayıda faktörün etkisi bulunmaktadır. Kişilik bozukluklarının cezai sorumluluğu etkileyen bir durum olup olmaması konusu psikiyatri, psikoloji ve hukuk gibi adli bilimler çerçevesinde tartışılan konular arasında yer almaktadır. A kümesi bozukluklarından olan Şizoid Kişilik Bozukluğuna sahip bireyler yakın ilişkilere girmekten çekinmekte, kendilerini uzak tutmakta, soğuk ve mesafeli durmakta, düşsel yaşam ve arkadaşlık yaratarak savunma mekanizması olarak fanteziyi kullanmaktadır. Bu çalışma çerçevesinde incelenen birçok araştırma sonucuna göre, şizoid kişilik bozukluğu ile özellikle şiddet içeren eylemler, şiddetli cinayet davranışı, adam kaçırmaya ve hırsızlık davranışları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ceza sorumluluğu değerlendirmesi adli bilimler uygulamalarının önemli bir kısmını oluşturmakla birlikte, şizoid kişilik bozukluğunun bu çerçevede değerlendirilmesine dair ülkemizdeki yayınların yeterli sayıda olmadığı gözlenmektedir. Bu çalışmanın amacı şizoid kişilik bozukluğu ile suç arasındaki ilişkiyi ve şizoid kişilik bozukluğunun ceza sorumluluğunu incelemektir.

Anahtar Kelimeler: Şizoid Kişilik Bozukluğu, Suç, Adli Bilimler, Adli Psikoloji, Cezai Sorumluluk.

Evaluation of Schizoid Personality Disorder in Forensic Sciences

Abstract

The limitations seen in personality disorders are extensive and show continuity, consistency and stability. There are many factors such as genetic factors, discovery and early childhood experiences, traumatic events, and familial and sociocultural factors in the aetiology of defects in character. The issue of whether personality disorder is a case for criminal protection is being discussed within the scope of forensic sciences such as psychiatry, psychology and law. Individuals with Schizoid Personality Disorder pattern, which is one of the cluster A disorders, avoid close relationships, keep themselves away, stay cold and distant, and use fantasy as a defence mechanism by creating imaginary life and friendship. Based on many studies conducted, the relationship between schizoid personality disorder and especially violent acts, violent murder behaviour, kidnapping and theft has been detected. Despite the fact that criminal surveillance assessment constitutes an important part of forensic science practices, the circulars regarding these general evaluations of schizoid personality disorder are not observed in a sufficient number of publications. The aim of this study is to look at the relationship between schizoid personality disorder and crime and the criminal intention of schizoid personality disorder.

Key Words: Schizoid Personality Disorder, Crime, Forensic Science, Forensic Psychology, Criminal Liability.

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, 0506 029 33 86, psychologist.khalilbayli@gmail.com

Giriş

Kişilik bozuklukları, uzun süre boyunca devam etmekte olan uyumsuz davranış örüntüleri olarak tanımlanmaktadır. Kişilik bozukluğu belirtileri genellikle gençliğin ilk yıllarında ortaya çıkmakta ve hayat boyunca devam edebilmektedir. Kişilik bozukluğu teşhisi alan bireyler hem stresle başa çıkma hem de problem çözme becerileri ile ilgili olarak olgun olmayan ve uygunsuz stratejiler kullanmaktadırlar (Atkinson ve Hilgard, 2016). Kişilik bozukluğu belirtileri yaygın ve sürekli olarak ortaya çıkmakla birlikte, kişilik problemleri daha çok biliş, duygu, dürtü kontrolü ve ilişki problemleri şeklinde kendini göstermektedir. Farklı yapıların yer aldığı bir grup rahatsızlığı içeren kişilik bozuklukları, olumlu bir benlik bilinci şekillendirmek, yakın ve yapıcı ilişkiler sürdürmek konusunda yaşanan sorunları da kapsamaktadır. DSM-5'te 10 farklı kişilik bozukluğu üç küme olacak şekilde sınıflandırılmakta ve tuhaf ve eksantrik davranışlar A kümesi (Paranoid, Şizoid, Şizotipal); duygusal, dramatik ve değişken davranışlar B kümesi (Antisosyal, Sınırdan, Histriyonik, Narsistik); kaygılı ve korkulu davranışlar C kümesi (Çekingen, Bağımlı, Obsesif Kompulsif) başlığı altında değerlendirilmektedir (Krigg ve ark., 2015). A kümesi bozukluklarından olan şizoid kişilik bozukluğuna sahip bireylerin iletişim tarzları kişisellikten uzak olmakla birlikte, bu bireyler diğerleri ile bağ kurmayı başaramamakta, bir ailenin parçası olmanın ya da bir arkadaşın sevgisine mazhar olmanın keyfini asla yaşayamamaktadırlar. Şizoidler kaçınan, kompulsif ve depresif gibi diğer bozukluklarla ortakmış gibi görünseler de, onları duygusuz olmalarından ve diğerleri ile iletişime geçmeyi yeterince arzulamadıklarından ayırt etmek mümkündür (Million ve ark., 2021).

Adli bilimlerde suçlular çok önemli bir çalışma alanı oluşturmakla birlikte; suç sınıflaması yapılırken genellikle cinsel motifli suçluların ilk sırada geldiği görülmektedir. Çalışmalar; suçlular arasında ailede şiddet öyküsü, anne ile olumsuz iletişim, insan ilişkilerinde yetersizlik, düşlerde yaşama gibi özellikleri ortaya koymaktadır (Polat, 2017). Şizoid kişilik bozukluğu olan kişilerde şiddet olası değildir, ancak kişilere yönelik fantezilerin ve duygu eksikliğinin aracılık ettiği ifade edici bir şiddet aşırı da olabilmektedir. Sıklıkla açık dış tetikleyici nedenler bulunmamakla birlikte saldırganlıklar, öznenin hayali dünyasına tepki olarak, beklenmedik ve sonuç olarak öngörülemeyen olarak gerçekleşmektedir. Düşük benlik saygısına sahip olan bu bireyler kişilerarası ilişkilerde ciddi zorluklar yaşamaktadırlar. Topluma kırgın oldukları için olumsuz öfke ve intikam duyguları da bulunmaktadır. İzolasyonları ve sosyal becerilerin yokluğu, izole, seri veya kitlesel olabilen şiddet eylemini hızlandıran reddedilmeye neden olabilmektedir. Şizoid bireyler tarafından birden fazla yapılan suikast eylemlerinin sıklıkla intiharla sonuçlandığı da görülmektedir (Esbec ve Echeburúa, 2010). Diğer taraftan şizoid bireyler dissosiyatif bozukluklara, şizofrenik semptomlara ve psikotik semptomlara hassas olmaktadır (Million ve ark., 2021). Bu çalışma şizoid kişilik bozukluğunun adli bilimler çerçevesinde kapsamlı bir araştırmasını amaçlamakta; şizoid kişilik bozukluğu ile suç ilişkisini, şizoid kişilik bozukluğunun ceza sorumluluğunu konu almaktadır.

Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid kişilik bozukluğuna sahip olan bireylerin duygulanımları sınırlı ve yüzeysel olmakla birlikte, genelde tek bir etkinlik çerçevesinde kalmakta, başkalarıyla olduklarında kendilerini rahat hissetmemekte ve göz teması kurmamaktadırlar. Olayların gülünç yanlarıyla hiç ilgilenmeyen bu kişiler; başkalarının yanında gereksiz yere çok ciddi olabilmekte, başkalarından korku duyabilmekte ya da aldırma bir tutum sergileyebilmektedirler. Genellikle çekingen bir yapıya sahip olan bu bireyler günlük yaşam olaylarına pek katılmamakla birlikte, başkalarıyla benzer kaygıları taşımamakta ve başkalarına pek bir yakınlık duymamaktadırlar (Köroğlu ve Bayraktar, 2010).

Şizoid kişilik bozukluğunun intrapsişik yapısı efendi-köle uyumunu içinde barındıran savunmacı nesne ilişkileri biriminden ve sürgündeki kendilik birimi olarak geçen sadistik nesne ilişkileri biriminden oluşmaktadır. Fantezi ve kendine yetebilme şizoid uzlaşma olmakla birlikte, bunlar efendi-köle ve sürgündeki kendilik birimleri arasındaki gel-gitleri regüle etmek için sarf edilen çabalar olarak kabul edilmektedir. (Masterson, 2012). Şizoid bireyler kendine ve ilişkide bulunduğu nesneye dair bütünleşmiş bir algıdan yoksun olmaktadır. Şizoid kişilik bozukluğuna sahip kişilerde ilişki bazen libidinal bazen agresif birimde devam etmekte, bağlanma durumu ise bu bireyler için imkânsız denecek kadar zor bir sürece dönüşmektedir. Libidinal birimde olan şizoid bireyin kurduğu ilişki Köle-Efendi uyumu şeklinde olmakta; bu süreçte birey kendini köle gibi, nesneyi ise efendi gibi hissederek ona tam uyumlanmaktadır. Köle-efendi biriminde nesneye uyumlanarak hizmet etme eğiliminde olan şizoid bireyin gösterdiği uyumun veya hizmetinin reel bir karşılığı bulunmamaktadır (Ercan ve Toraman, 2022). Libidinal birimde bu tutumun karşılığı sadece ilişkide kalmak olmakla birlikte, birey varlığı onaylandığından, görüldüğünden ve yabancılaşmadığından dolayı iyi hissederek rahatlamaktadır. Agresyon birimi bağlanma ya da bağlanmada kopuklukların yaşandığı durumlarda oluşmakta ve kurduğu ilişki içerisinde şizoid bireyin nesne tasarımı sadist, değersizleştirici, mahrum bırakan ve tehlikeli olabilmektedir. Kendilik tasarımı ise yalıtılmış, yabancılaşmış ve sürgünde, buna rağmen kendine güvenen, kendi kendine yeten, bir birey olduğu şeklindedir (Masterson ve Klein, 2013).

Şizoid bireyler duygusal yakınlıktan hoşlanmayan ve kişiler arası ilişkilere daha uzak kişiler olsalar da, bu durum kişilik bozukluğu tanısı için tek başına yeterli olmamaktadır. Bu tanı için mesleki veya toplumsal alanlarda işlevselliğin bozulması, bu durumun klinik açıdan ciddi bir sıkıntıya neden olması, aynı zamanda bu örüntünün oldukça katı ve aşırı olması gibi kriterlerin karşılanması beklenmektedir (Tuna ve Demir, 2022). Şizoid kişilik bozukluğu; şizotipal, çekingen ve paranoid kişilik bozuklukları ile ağırlıklı olarak benzer tanı kriterlerine sahip olduğundan bu bozukluklarla eştanı almaktadır (Krigg ve ark., 2015). Bununla birlikte, şizoid kişilik bozukluğunun temel özellikleri ve klinik görünümü Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabının son baskısında (DSM-5) yer almaktadır.

DSM V'e göre Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid Kişilik Bozukluğu DSM V çerçevesinde Şizogibi (Şizoid) Kişilik Bozukluğu başlığı altında yer almaktadır. DSM V Şizoid Kişilik Bozukluğu kriterlerine göre;

A. Aşağıdakilerden dördü (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, toplumsal ilişkilerden kopma ve kişilerarası ortamlarda duygularını kısıtlı gösterme, yaygın örüntüsü:

1. Ailenin üyeleri de dahil olmak üzere, yakın ilişkilere girmeği istememekle birlikte, aynı zamanda yakın ilişkilerden hoşlanmamaktadır.
2. Hemen hemen her zaman tek başına yapılacak etkinlikleri tercih etmektedir.
3. Bir başkasıyla cinsel yakınlığa duyulan ilgi çok az olarak ortaya çıkmakla birlikte, daha çok sınırlı düzeyde olmaktadır.
4. Çok az etkinlikten keyif alabilmektedir.
5. Birinci dereceden olan yakınları dışında arkadaşları ya da sırdaşları bulunmamaktadır.
6. Diğerlerinin övgü veya eleştirilerine karşı aldırmaz tutum takınmaktadır.
7. Duygusal olarak soğuk, kopuk yapıya sahip olmakla birlikte, tekdüze bir duygulanım sergilemektedir.

B. Yalnızca ikiçümlü bozukluk, şizofreni, psikoz özellikleriyle seyreden depresyon bozukluğu veya otizm açılımı kapsamında bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamakta ve başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamamaktadır (DSM-5, 2014).

Adli Bilimler

Adli bilimler, özel uzmanlık gerektiren birçok alanı kendi bünyesinde barındıran bir üst yapıdır (Doğan, 2022). Adli bilimler "her temas bir iz bırakır" temel prensibini göz önünde bulundurarak, ortaya çıkan olay/olayları çözümleyebilmek, hukuk sisteminin daha doğru ve vicdani karar vermesini sağlamak amacıyla pozitif bilimlerden elde ettiği bilgileri kullanarak adli olayların aydınlanmasını amaçlamakta ve yapısı içinde birçok alt dalı barındırmaktadır (Menek ve Taşdöven, 2021). Adli Bilimler tıp, hukuk, fen, sosyal ve kriminal bilimlerden oluşmakta ve adli tıp, adli antropoloji, adli psikoloji, adli patoloji, adli biyoloji, adli toksikoloji, kriminoloji, adli hematoloji, adli mikrobiyoloji, adli hemşirelik, adli odontoloji, adli kimliklendirme, adli entomoloji, adli eczacılık, adli palinoloji, adli orafoloji, adli animasyon, adli fotoğrafçılık, adli otomotiv, ses ve görüntü analizleri, balistik ile adli antropometri, somatoskopi gibi alt dallara ayrılmaktadır (Akın ve ark., 2017:7). Saferstein'e (2015) göre, adli bilimler hukukla pozitif bilimin birleştirilmesi ile oluşmaktadır. Suç oranlarının artmasıyla bazı hukuk kuralları yetersiz kalmakta, bu durum da endişe yaratmaktadır. Bu durumdan dolayı suç oranlarının azaltılabilmesi için yasalar sürekli revize edilmektedir (Bolat, 2022). Suçların çözülmesinde bilimden destek alınması oldukça etkili sonuçlar ortaya koymakta ve bu durum özellikle Adli Bilimler'i oldukça önemli bir noktaya taşımaktadır (Houck ve Siegel, 2016). Adli bilimler multidisipliner bir bilim dalı olmakla birlikte, bu araştırma çerçevesinde şizoid kişilik bozukluğunun suçla olan ilişkisi ve ceza ehliyet konusu özellikle de, adli psikiyatri, adli psikoloji ve hukuk gibi adli bilim dallarından elde edilen bilgiler çerçevesinde değerlendirilmektedir.

Şizoid Kişilik Bozukluğu ve Suç İlişkisi

Bir yasayı ihlal ederek işlenen ya da yerine getirilmeyen eylemler suç olarak tanımlanmaktadır (Zastrow, 2013). Bireyi doğrudan cinayet işlemeye ve suça yönelten bir hastalık bulunmamakla birlikte, kimi hastada benlik parçalandığından veya mantıksal düşünme yetisi bozulduğundan dolayı, ruhsal açıdan sağlıklı bir bireyin tepki göstermeyeceği sıradan bir durum karşısında bu bireyler suç sayılabilecek tepkiler ortaya koymaktadırlar. Özellikle, antisosyal kişilik bozukluğuna sahip bireylerin suça eğilimli oldukları yapılan bir çok çalışma sonucunda kanıtlanmıştır (Özbey, 2014; Ayar ve Ayar, 2021). Kişilik bozuklukları çok çeşitli olmakla birlikte, özellikle ceza hukuku açısından önem arz edebilecek olan başlıcaları şizoid, paranoid, psikopatik (antisosyal), histerik, obsesif - kompulsif, pasif-agresif kişilik bozuklukları olarak sıralanabilmektedir (Aydın, 2017). Bazı kişilik bozuklukları, suç eylemine yön veren farklı niteliklere sahip olabilmek-

tedir. Sadist Kişilik Bozukluğu, özellikle insanlara ve hayvanlara eziyet etme eyleminde; Borderline Kişilik Bozukluğu, Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Paranoid Kişilik Bozukluğu ve Narsistik Kişilik Bozukluğu dürtüsel suçlarda risk faktörü iken; Şizoid Kişilik Bozukluğu ise, psikopati ve sadistik bozukluklar gibi sadece cinsel suçlarda risk faktörü olarak öne çıkabilmektedir (Stone, 2007). Bir grup olarak seri katiller hakkında en dikkat çekici olan şey, şizoid kişiliğin aşırı temsil edilmesidir. Bu bozukluk genel popülasyonun sadece yaklaşık %1'inde bulunurken, burada incelenen seri katillerin neredeyse yarısında sergilenmektedir. Şizoid kişilik bozukluğunun bir kişiyi bu tür suçlara yatkın hale getirmesinin iki yolu olduğu tahmin edilmektedir. İlk olarak şizoid erkekler, okulda daha özgüvenli akranları tarafından reddedilen yalnız, sosyal uyumsuz veya dışlanmış olma eğiliminde olmakla birlikte, öyle ki sıradan insanlara ve özellikle de garip flört veya yakınlık girişimlerini reddetme eğiliminde olan kadınlara karşı muazzam bir kızgınlık geliştirmektedirler. Birçok şizoid erkek, ergenlik döneminde kızlara çıkma teklif edemeyecek kadar huzursuz olabilmektedir. İkincisi, şizoid erkeklerin bir kısmı otistik kişiler gibi davranmakta ve sıradan insan duygularından o kadar kopuk hareket etmektedirler ki, en korkunç işkence eylemlerini odun kesmekten daha fazla duygu olmadan gerçekleştirebilmektedirler. Nekrofil olarak bilinen Chikatilo, Costa, Dahmer, Massey, Stano ve diğer 18 erkeğin çoğunun da aynı zamanda şizoid olduğu bilinmektedir (Stone, 2001).

Bununla birlikte, Baron ve Cohen'e (2003) göre, şizoid kişilik bozukluğunun seri katiller arasında genel nüfustan 50 kat daha fazla görülmesi anlamlıdır. Buradaki temel nitelikler arasında sanki kurbanlar cansız nesnelere pek ayırt edilmemiş gibi, yabancılaşma ve başkalarının ıstırabına kayıtsızlık görülmektedir. Bu doğrultuda bir başka çarpıcı örnek de Japonya'daki öldürdüğü dört çocuğun ellerini kesen ve ebeveynlerine postalayan şizoid adam olan pedofil seri katil Tsutomu Miyazaki'dir (Stone, 2007). Farklı kişilik bozukluğu alt tipi puanları ve yaşam boyu suçlar arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla İngiltere ve Galler'deki Mahkumlarda Ulusal Psikiyatrik Morbidite Araştırması'ndan elde edilen veriler kullanılmıştır. A kümesi bozukluklarında, paranoid kişilik bozukluğu puanları hırsızlık ve şantaj ile ilişkilendirilirken, araba kullanma suçları ile negatif olarak ilişkilendirilmiştir. Şizotipal kişilik bozukluğu puanlarının kundakçılıkla önemli ölçüde ilişkili olduğu, soygun ve şantajla negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Şizoid kişilik bozukluğu puanları adam kaçırma ve hırsızlıkla ilişkilendirilmiştir (Robert ve Coid, 2010). Kişilik bozuklukları ve özellikleri Colorado, ABD'de hapsedilmiş erkek cinsel suçlulardan oluşan iki grup üzerinde incelenerek 251 tecavüzcüye ve 311 çocuk tacizcisine ulaşılmış ve 250 maddelik DSM-IV uyumlu kişilik ve nöropsikolojik envanter olan Coolidge Islah Envanteri kullanılarak bir grup cinsel olmayan suçlu ile karşılaştırılmıştır. Çocuk tacizcilerinin, tecavüzcülere göre daha yüksek düzeyde kaçınmacı özelliklere ve cinsel olmayan suçlulara göre daha yüksek düzeyde kaçınmacı, bağımlı ve şizoid özelliklere sahip olduğu tespit edilmiştir. Cinsel suçlular açısından çekingen kişilik bozukluğu en yüksek prevalansa sahip olmakla birlikte, bunu obsesif kompulsif, şizoid, paranoid ve borderline kişilik bozuklukları izlemektedir (Francia ve ark., 2010).

Paranoid ve Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozuklukları ile şiddet içeren davranışlar arasında bir ilişki olduğunu bildirilmiştir (Pulay ve ark., 2008). Şizoid kişilik bozukluğu aynı zamanda, psikopati ve Antisosyal kişilik özellikleriyle de ilişkilidir (Kosson ve ark., 2008). Şizoid Kişilik bozukluğu ile şiddet eylemleri ve şiddetli cinayet davranışı arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Loza ve Hannah, 2006). Başka bir araştırmanın sonuçları doğrultusunda, 32 Belçikalı suçludan oluşan bir örnekleme 17'sinin Antisosyal Kişilik Bozukluğu, 8'i nin Borderline Kişilik Bozukluğu, 4'ünün Paranoid Kişilik Bozukluğuna ve 2'sinin Şizoid Kişilik Bozukluğuna sahip olduğu tespit edilmiştir (Pera ve Daillet, 2015). Kock ve arkadaşları (2011)'na göre, cinsel suç işleyen suçlular kişilik bozukluğu, özellikle de şizoid kişilik bozukluğu teşhis almaktadır. Cinsel suç işleyen suçlulara genellikle bir kişilik bozukluğu teşhisi konulmakla birlikte, bu teşhis daha çok özellikle de obsesif-kompulsif özelliklere sahip olan Şizoid Kişilik Bozukluğu olabilmektedir (Chan ve ark., 2015). Biri kentsel diğeri kırsal olmak üzere iki Yunan hapisanesinde hapsedilen 1300 erkek mahkumdan oluşan bir nüfustan rastgele 308 denekten oluşan bir örnekleme yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre mahkumların hepsinde herhangi bir kişilik bozukluğu teşhisi konulmuş, çoğunda ise Antisosyal Kişilik bozukluğunun daha baskın olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, Şizoid ve Şizotipal kişilik bozukluğu ile şiddetli suçlar, cinayete teşebbüs ve cinayet suçları arasında önemli ilişkiler tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, "B" veya "C" kümesi kişilik bozukluklarının şiddet içeren suçlarla ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. İlk kez bir Yunan mahkum popülasyonunda yürütülen bu çalışma, cinayetlerin ve cinayete teşebbüslerin Şizoid ve Şizotipal Kişilik Bozuklukları ile güçlü bir şekilde ilişki içinde olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (Apostolopoulos, 2018). Bir baba katli vaka incelemesi aracılığıyla vahşi suçlar için potansiyel bir temel olarak şizoid kişilik yapısı, suçun işlenmesi sırasında dissosiyasyonun rolü, standart olmayan psikolojik değerlendirme araçlarının ve Gray'in Pekiştirici Duyarlılığı teorisinin, katilin kişiliğini ve suç için motivasyonunu aydınlatmadaki katkısı araştırılmıştır. Bu çalışma çerçevesinde bir ebeveyn cinayeti vakası, Gray'in teorisine dayalı olarak psikiyatrik muayene, standart klinik psikolojik değerlendirme ve Davranışsal İnhibisyon ve Aktivasyon Sistemi Ölçekleri aracılığıyla analiz edilmiştir. Failin şizoid kişilik bozukluğundan muzdarip olduğu ve suçu işlediği anda peritratmatik dissosiyas-

yonu ait gözle görülür belirtilerin olduğu belirlenmiştir. Çalışma şizoid bir kişiliğin bazen cezalandırılma tehlikesi altında olduğunu ve kişisel alanının tehdit edildiğini hissettiği durumlarda vahşi bir suçun faili olabileceği ve cinayetin kendisi tarafından harekete geçirilen dissosiyasyonun, katilin kendini, kaynaklarını aşan travmatik bir durumdan korumasına yardımcı olabileceği sonucunu elde etmiştir. (Novović ve ark., 2012).

Şizoid Kişilik Bozukluğunun Cezai Sorumluluğu

Bütün toplumlarda adalet sistemi suçun kontrol altına alınmasını amaçlamaktadır. Cezanın amacı hakkında değişik düşünceler ortaya konulmakla birlikte, genel olarak cezalar suçlunun işlediği fiilin kötülüğünü kendisine hissettirmeyi, bir daha suç işlememesi için korkutmayı, suç işleme eğiliminde olan diğer bireyleri korkutmayı, suçtan zarar görenlerin intikam duygularını yatıştırmayı ve suçluyu uslandırmayı hedeflemektedir. Kamu vicdanını rahatlatmak amacıyla cezanın suç eyleminden hemen sonra ve hızlı bir şekilde gerçekleşmesi gerekmektedir (Güdek, 2016). Bir ruh sağlığı uzmanı için "cezai sorumluluk" kavramı açık ve belirgin olduğu gibi, akut ya da kronik bir zihinsel hastalık da hukuki anlamda ispat edilebilir bir tanıdır. Meydana gelen zihinsel hastalık sonucunda kişi, tamamen farklı bir algıya sahip olduğundan suç eylemi ile hastalığı arasındaki ilişki daha kolay değerlendirilebilmektedir. Cezai sorumluluğun belirlenmesi aşamasında suç anında, failin hastalık sürecinin aktif olup olmadığı durumu bilirkişi tarafından değerlendirilmektedir (Kröber ve Lau, 2000). Bir kişinin işlemiş olduğu bir suçta karşı ceza ehliyetinin olması için o kişinin söz konusu suçu işlerken irade ve şuur serbestisini elinde bulundurması, olayları açıklıkla anlayabilip onlardan sağlıklı sonuçlara varabilme kabiliyetine sahip olması gerekmektedir. Kişinin neleri ne için yaptığını bilmesi ve yaptıklarının sonuçlarını algıladığı, eylemine bilerek giriştiği durumlarda tam ceza ehliyeti söz konusu olmaktadır (İçel, 2017).

Akıl hastalığı nedeniyle davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişinin, bunun belli bir dereceye ulaşması durumunda güvenlik tedbiri, belli bir dereceye ulaşmaması durumunda ise ceza sorumluluğu bulunmaktadır (Demirbaş ve Erdem, 2011). TCK m. 32/1'e göre, akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuksal anlam ve sonuçlarını algılayamadığından veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azaldığından dolayı ağır seyreden akıl hastalıkları, ağır zekâ gerilikleri ve şuur kaybıyla seyreden epilepsi nöbetleriyle böyle nöbetlerin öncesinde ve sonrasında ortaya çıkan konfüzyon devrelerinde işlenen suçlarda ceza ehliyetinden bahsedilmemektedir. TCK m. 32/2'e göre; hafif seyirli psikozlar, orta derecede zeka gerilikleri ile ağır nevrozlar veya kişilik bozuklukları, kişilik yıkımına varmış olan epilepsinin neden olduğu belirgin karakter bozuklukları ve kronik stres reaksiyonlarında azaltılmış ceza ehliyeti söz konusu olmaktadır (Polat, 2017).

Gözlem sonucunda suçlanan kişide suç tarihi itibarıyla bir akıl hastalığı veya zayıflığı saptanmazsa ceza sorumluluğunun tam olduğuna dair rapor düzenlenebilmektedir. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı saptanmayan aynı kişide ceza ehliyetini etkilemeyen alkol veya madde kötüye kullanımları ya da bağımlılık, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme, uyku bozuklukları, uyum bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi başka psikiyatrik rahatsızlıklar saptanabilmekte, bunlar suç anında da mevcut olabilmekte ancak ceza sorumluluğunu etkilememektedir (Alpkan, 2013). Kişilik bozuklukları ile suçluluk arasındaki ilişki, özellikle de bu bozuklukların suçluluğu oluşturan etmenlerden biri olarak görülmesi kabul edilen bir görüştür (Güdek, 2016). Kişilik bozukluğu olan bireylerin zihinsel süreçlerinde ve düşünce yapılarında belirgin bir bozulma görülmediğinden suç işediklerinde, normal yasalar çerçevesinde ceza almaktadırlar (Özbey, 2014).

Alman adli psikiyatrları, kişilik bozukluğu olan suçlular alanında azalan cezai sorumluluk için psikiyatrik kriterler geliştirmeye çalışmışlardır. Çoğu uzman, göze çarpan her ruhsal semptomun aynı olmadığı konusunda hemfikir olmakta ve her kişilik bozukluğu da yasal sorumluluğu önemli ölçüde azaltmamaktadır. Kişilik bozukluklarının "hafif" düzeylerini "şiddetli" olanlardan ayırt etmek amacıyla araştırma yapılmış ve bu bağlamda, histrionik kişilik bozukluğu "hafif" olarak, şizotipal kişilik bozukluğu ise "şiddetli" olarak kabul edilmiştir. Diğer tüm kişilik bozuklukları hem hafif hem de şiddetli olarak görünmektedir. Örneğin, şizoid kişilik bozukluğunun şiddetli ve orta veya minör biçimleri bulunmaktadır. Bu durum daha detaylı inceleme gerektirmekte ve süreç içerisinde ek zorluklar ortaya çıkarmaktadır çünkü ciddi kişilik bozukluğu olan kişiler tüm eylemlerinde mutlaka aşırı derecede etkilenmemekte ve bu nedenle ceza sorumlulukları da etkilenmemektedir. Örneğin, dikkatlice planlanmış ve bilinçli olarak işlenen bir suç için dürtüsel bir suçluyu mazur görmek için hiçbir neden bulunmamaktadır (Kröber ve Lau, 2000). Adli psikiyatri uygulamalarına bakıldığında belli başlı akıl hastalıklarından farklı olarak kişilik bozuklukları, genel olarak cezai sorumluluğu ortadan kaldıran bir durum olarak değerlendirilmemektedir. Hukuk da kişilik bozuklukları ile ilgili benzer bir bakış açısına sahip olmaktadır. Suça eğilim sadece kişilik bozukluğu nedeniyle ortaya çıkmamaktadır. Araştırma sonuçları, kişilik bozukluklarının kalımsal yatkınlıkla birlikte çevresel faktörler ve olumsuz yaşam deneyimlerinin etkileşimi ile meydana geldiğine işaret etmektedir (Deniz, 2017).

Sonuç

Janet, ruhsal sağlıklı olmanın temel koşulunu tanımlarken aslında assosiyasyondan diğer bir ifade ile bireyin bağ kurabilme kapasitesinden bahsetmektedir. Olağan şartlarda olağan bir çocukluk yaşamı geçiren çocuklar yetişkin olduklarında büyük oranda normal bir yetişkin olarak yaşamına devam edecektir. Ortalama bir bakış açısıyla travmatik yaşantıları olan çocukların yetişkin olduklarında ruhsal boyutta patolojiler geliştirmeleri beklenmektedir (Derin ve Öztürk, 2018). Şizoid bireylerin çoğunun geçmişinde yoğun ihmal, terk edilme, fiziksel ve cinsel istismar örnekleri bulunmakla birlikte, bu deneyimler ne kadar yoğun olursa agresyon birimin oranı daha yüksek ve uyumlu sosyal ilişki düzeyi de daha düşük olmaktadır. Şizoid bireylerin sığınağı agresyon birimi olmakta ve çoğu kişi genel olarak sadistik nesne/sürgündeki kendilik biriminde yaşamaktadır. Bu birim şizoid bireylerin mahrum edici, yıkıcı ve değersizleştirici kişilerle olan deneyimleri sayesinde gerçekleşmektedir (Masterson-Klein, 2013).

Şizoid kişiliğin varyasyonlarından biri olan kişiliksiz alt tip, bireyi kendinden olduğu kadar diğerlerinden de ayrılmış olarak tanımlamaktadır. Şizoid cinsel istismarcısı, zihnin cinsel dürtüler de dahil olmak üzere duygular veya davranışlar üzerinde hiçbir kontrolü olmadığına inanmaktadır (Jones ve Vess, 2010). Diğer taraftan, şizoid ve çekingen kişilik bozuklukları, içerik olarak antisosyal değil, asosyal olduğundan bu durumlarda birey başkalarını tiksinti, sıkıntı ve zorluk nesnesi olarak yorumlamaktadır. Bu koşullarda, diğer insanlar "ele alınması gereken" sorunlar olarak görülebilmekte ve birey onları öldürmeyi bile düşünebilmektedir (Carbone ve ark., 2020).

Kişi işlediği suçtan dolayı yakalanmadığından ve suç işlemeğe devam ettiği için seri suçlar başarılı suçlar kategorisinde değerlendirilmektedir. Birçok seri suçlu çeşitli şekillerde organize olduğundan dolayı her olağandışı suçtan kurtulduğunda aynı suçu daha ustalıklı işleyebileceği duygusuna kapılmaktadır. Bu kişiler saplantısal miktarda zaman ve enerji harcamakla önce olayı düşlemekte, planlamakta ve değerlendirmesini yapmaktadır (Polat, 2017). Şizoid bireyin fantezi yaşamı oldukça derin, geniş ve zengin olmakla birlikte, bazılarında sadomazoşist fanteziler de görülmektedir. Bu fantezilerin sahibi tamamen şizoid bireyin kendisi olmakta ve kendisi istemediği süre boyunca da asla açığa çıkmamaktadır (Masterson ve Klein, 2013). Şizoid yapılar kalabalık hapis ortamını tahammül edilemez olarak algılamakta ve genelde suç işlememektedirler. Bu sebepten dolayı suç işleyeceklerse bunu derin bir planla ustaca yapmakta, değer yargıları gelişmemiş şizoid yapılar ise soğukkanlı katiller bile olabilmektedirler (Pulat, 2023). Jeffrey Dahmer ve Dennis Nilsen tarafından yapılan vaka raporlarının analizi, şizoid kişilik özellikleri ile şiddetli antisosyal davranışlar arasındaki ilişkinin altını çizmektedir (Apostolopoulos, 2018).

Öfke tepkileri çerçevesinde gelişen bilinçdışı fantezilerde öfke, bir yandan hep-kötü nesne ilişkisinin canlanması durumunu, diğer yandan ise hep-iyi bir ilişkiyi yeniden kurma arzusunu ifade etmektedir. Engellenme durumları, bilinçdışı olarak zulmedici nesne ilişkileri duygularının tehdit edici tarzda etkinleşmesi olarak algılanmakta, ortaya çıkan öfke ise özerklik duygusunu yeniden kazanmak için başvurulan son çare olarak algılanmaktadır. Saldırganlığı oluşturan en şiddetli, baskın ve karmaşık duygulanım ise nefrettir. Nefretin aşırı bir şekli, nesnenin fiziksel olarak ortadan kaldırılmasını gerektirmekte ve bu durum cinayet veya nesnenin kökten değersizleştirilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Daha hafif derecede nefret sadistik eğilim ve isteklerle ifade edilmekte, acı verme arzusu ve bundan duyulan haz ortaya çıkmaktadır. Bu durum, acı çektirmekten duyulan libidinal heyecanla saldırganlığın örtülü bir yoğunlaşmasını temsil etmektedir. Daha ilkel nefret ise doyurucu insan ilişkileri kurma ve bundan değerli bir şeyler öğrenme potansiyelini yok etme çabası olarak da ortaya çıkmaktadır (Kernberg, 2021).

Uzun süreli tekrarlayan şiddet ile kişiliği yıkıma uğrayan bir yetişkinde travmatik ilişkinin tekrarlarından kurtulamama söz konusu olmakla birlikte, bu kişi tüm ilişkilerinde sürekli savaşmazsa maruz kalabileceği nefret, sadizm ve zulüm beklentisi içinde yaşamaktadır. Kernberg bu süreci bireyin içselleştirdiği nefret ve sadizm gibi durumları yansıtıcı özdeşleşme ile karşısındakine yüklemesi ile açıklamaktadır. Bu durum efendi köle, kötülük yapanla kötülük gören, sadist mazoşist arasındaki yakın bağı göstermektedir. Kernberg'e göre temelde mağdur zalim ve kurban arasındaki bir nesne ilişkisini yeniden deneyimlemektedir. Bu süreçte roller zaman zaman yer değiştirmektedir. Bu kısır döngüde "sanki kurban edilmenin tek alternatifi zorba olmaktır". "Acı çekmenin tersi olarak nefret zalim nesne üzerinde kinci bir zaferdir" (Duman, 2012). Kernberg'in mağdur-zalim rollerinin yer değiştirmesi şeklinde ifade ettiği bu durum Öztürk tarafından "dissosiyatif kaos" olarak tanımlanmaktadır. Aile içerisinde dissosiyatif kaos duygusal ihmal şeklinde gerçekleşmekte ve empati yoksunluğunun eşlik ettiği yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve travmatize edici yaşam deneyimleri sonucunda bir kısım birey sakin, düzenli ama duygudan yana kendini kısıtlamış ve duygularını dissosiyatif etmiş bir hal almaktadır. Aile içerisinde travmatize edilen çocuğun patolojisi ailenin kendi içindeki patolojiye özdeş olmakta ve bu benzer psikopatoloji kişi ile aile üyeleri arasında fonksiyonel geçişler göstermektedir. Bu sistem içerisinde istismar edilen istismarcıya kolaylıkla dönüşebilmekte ve istismar durumu karşısında seyirci kalan bu kişi "çekinik istismarcı" olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2020). Bu bilgiler çerçevesinde şizoid bireyin tehlike hissettiği zaman ya gerçeklikten kaçış ve kendine yabancılaşma şeklinde bir savunma geliştireceği ya da zulme uğramak yerine zulm etme şeklinde içsel kötü nesne fantezilerine sığınacağı ve bu şekilde kendi benliğini koruyacağı düşünülmektedir.

Şizoid birey herhangi bir iletişim ağının bulunmasına dair bir inanç beslememekle birlikte, böyle bir ihtimal olsa bile bunu ciddi bir şekilde riskli ve tehlikeli olarak kabul edebilmektedir (Masterson, 2012). Yakın ilişkiler kurmaktan ve topluma karışmaktan kaçınan, duygularını belli etmediği için soğuk görünen şizoid bireyler yakın bireysel ilişkiyi kısıtlayarak kırılabilir duygusal dengeyi korumakta ve tahammül edemeyeceği çatışmayı en aza indirmektedir (Özmen ve ark., 1997). Genel olarak şizoid birey için yakınlığın ve ötekiyle yakınlaşma ihtimalinin zulme maruz kalma ve saldırganlık kaynağına yakınlaşma ile aynı şey olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan, şizoid bireylerin düşük benlik saygısına ve yetersiz sosyal becerilere sahip olmalarının; öfke duygularını arttıracığı, aynı zamanda sınırları ihlal edildiği zaman saldırgan eğilimlerinin ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Empati becerilerinin yetersizliği, mekanik ve cansız hissetmesi, duygu dünyasından yoksun olması, sevmekten korkması, aynı zamanda seri suçlara, antisosyal eylemlere ve dissosiyasyona yatkın olması şizoid bireyleri suça yatkın hale getireceğinden bu vakaların adli bilimler çerçevesinde daha detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kaynakça

- Alpkan, L. Ruşat. (2013). Ceza Sorumluluğu İçerisinde Psikiyatri ve Etik-Hukuk. Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı, s.87-94.
- Akın, G., Özkoçak, V., Gültekin, T. (2017). Somatoskopi ve Antropometri Tekniklerinin Adli Bilimler İçin Önemi. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(2), s.703-714.
- Apostolopoulos, A., Michopoulos, I., Zachos, I., Rizos, E., Tzeferakos, G., Manthou, V., Douzenis, A. (2018). Association of Schizoid and Schizotypal Personality disorder with violent crimes and homicides in Greek prisons. Annals of General Psychiatry, 17, p. 1-9.
- Ayar, E., Ayar, Y. (2021). Ruhsal Bozukluklarda Suça Yönelim: Derleme. Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi, 1(2), s. 83-91.
- Aydın, Aslı. (2017). Türk Ceza Ve Ceza Muhakemesi Hukukunda Akıl Hastalığı İle Akıl Hastalarına Uygulanan Güvenlik Tedbirleri, Yüksek Lisans Tezi Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Baron-Cohen, S. (2003). The Essential Difference: The Truth about the Male & Female Brain. New York: Basic Books.
- Bolat, Goncağül. (2022). Adli Bilimler Açısından İntiharın Nedenleri ve Önleyici Tedbirler, Çorum: Yüksek Lisans Tezi. Carbone, J. T., Holzer, K. J., Vaughn, M. G., DeLisi, M. (2020). Homicidal Ideation and Forensic Psychopathology: Evidence From the 2016 Nationwide Emergency Department Sample (NEDS). Journal of forensic sciences, 65(1), p.154-159.
- Chan HC, Beauregard E, Myers WC. (2015). Single-Victim and Serial Sexual Homicide Offenders: Differences in Crime, Paraphilias and Personality Traits. Crim Behav Ment Health, 25(1), p. 66-78.
- Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., Singleton, N. (2006). Violence and Psychiatric Morbidity in a National Household Population—a Report from the British Household Survey. American Journal of Epidemiology, 164(12), p. 1199-1208.
- Demirbaş, T., Erdem, M. R. (2011). Ceza Hukuku Pratik Çalışmalar, Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Derin, G., Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif Bozukluklar ve Sınırdaki (borderline) Kişilik Bozukluğunda Ruhsal Travma. Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 3(3), s. 29-42.
- Doğan, M. Berna. (2022). Adli Bilimlerde Adli Tıp ve Adli Tıp Dışı Alanların Türkiye'deki Yapılanması ile İlgili Sorunlar: İki Rapor ile Değerlendirme. Adli Tıp Bülteni, 2022;27(1), p.66-77
- Duman, Ö. Yenier. (2012). Kadına Yönelik Şiddetten Kadın Cinayetlerine Uzanan Yol: Ev Tipi Cezaevinden Mektuplar, Kongre Kitabı, (18-20 Mayıs, 2012), s. 166-171.
- Esbec, E., Echeburúa, E. (2010). Violence and Personality Disorders: Clinical and Forensic Implications. Actas Esp Psiquiatr, 38(5), p. 249-261.
- Francia, C. A., Coolidge, F. L., White, L. A., Segal, D. L., Cahill, B. S., & Estey, A. J. (2010). Personality Disorder Profiles in Incarcerated Male Rapists and Child Molesters. American Journal of Forensic Psychology, 28(3), 55.
- Güdek, U. S. K. (2016). Suçluluk ve Suç Davranışı Adli Sosyal Çalışma. Nobel Tıp Kitabevi.
- Houck, M. M., & Siegel, J. A. (2016). Adli Bilimlerin Temeli. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- İçel, K. (2017). Ceza Hukuku Genel Hükümler, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Jones, J., Vess, J. (2010). Implicit Theories and Personality Patterns in Child-Victim Sex Offenders. Sexual Abuse in Australia and New Zealand, 2(2), p. 58-65.
- Kernberg, O. (2021). Sapıklarda ve Kişilik Bozukluklarında Saldırganlık. (Çev. Banu Büyükkal). İstanbul: Metis Yayınları.

- Koch, J., Berner, W., Hill, A., Briken P. Sociodemographic and Diagnostic Characteristics of Homicidal and Nonhomicidal Sexual Offenders. *J Forensic Sci.* 2011;56(6),p.1626–31.
- Kosson, D. S., Blackburn, R., Byrnes, K. A., Park, S., Logan, C., Donnelly, J. P. (2008). Assessing Interpersonal Aspects of Schizoid Personality Disorder: Preliminary Validation Studies. *Journal of Personality Assessment*, 90(2),p. 185-196.
- Köroğlu, E. (2010). *Kişilik Bozuklukları*. Ankara: Hyb Basım Yayın.
- Kröber, H. L., Lau, S. (2000). Bad or Mad? Personality Disorders and Legal Responsibility—The German Situation. *Behavioral Sciences & The Law*, 18(5), p. 679-690.
- Loza, W., Hanna, S. (2006). Is Schizoid Personality a Forerunner of Homicidal or Suicidal Behavior? A Case Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), p. 338-343.
- Pulat, F.(2023).*Gündelik Yaşamda ve Psikoterapide Kişilik Bozuklukları*. İstanbul:Kanon Kitap.
- Pulay, A. J., Dawson, D. A., Hasin, D. S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Grant, B. F. (2008). Violent Behavior and DSM-IV Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 12.
- Masterson, J. F. (2012). *Kendiliğin Doğuşu*. (Çev.MK Helvacioğlu, G. Akçalı,). İstanbul: Litera Yayıncılık. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Masterson, J. F., Klein, R. (2013). *Kendilik Bozukluklarının Tedavisinde Yeni Ufuklar*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Menek, N., Taşdöven, U. (2021). Adli Bilimlerde Kriminalistik ve Luminol. *Adli bilimler ve Suç Araştırmaları Dergisi*, 3 (3), s.3-17.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., Ramnath, R. (2012). *Personality Disorders in Modern Life*. John Wiley & Sons.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., Ramnath, R. (2021). *Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları*. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları.
- Novović, Z., Mišić-Pavkov, G., Smederevac, S., Drakić, D., & Lukić, T. (2013). The Role of Schizoid Personality, Peritraumatic Dissociation and Behavioral Activation System in a Case of Parricide. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), p.113-117.
- Özbey, Ç.(2014). *Bende Bir Anormallik Görüyor Musun?* İstanbul:Yuka Kids Yayınları.
- Özmen, E., Aydemir, Ö., Bayraktar, E.(1997). *Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar*. Ankara:Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk, E. (2020). *Travma ve Dissosiyasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Pera, S. B., Dailliet, A. (2005). Homicide by Mentally Ill: Clinical and Criminological Analysis. *L'encephale*, 31(5 Pt 1), p. 539-549.
- Polat, O. (2016). *Adli Psikolojiye Giriş*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık
- Roberts, A. D., Coid, J. W. (2010). Personality Disorder and Offending Behaviour: Findings From the National Survey of Male Prisoners in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(2), p.221-237.
- Stone, M. H. (2001). Serial Sexual Homicide: Biological, Psychological, and Sociological Aspects. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), p.1-18.
- Stone, M. H. (2007). Violent Crimes and Their Relationship to Personality Disorders. *Personality and Mental Health*, 1(2), 138-153.
- Zastrow, C.(2013). *Sosyal hizmete giriş*. (Ed., Durdu Baran Çiftçi) Ankara: Nika Yayınevi.

Yas Psikolojisini Anlamak

Esra SAVAŞ¹

Özet

Yas, bir yakının kaybından sonra ortaya çıkan normal bir tepkidir ve iyileşmesi zaman alan bir süreçtir. İnsanların bir kayıptan sonra hayatlarını yeniden düzenlemek için geçirdikleri normal süreç olarak tanımlanabilir. Yas psikolojisini anlamak için, yasin teorik ve kavramsal çerçevesini anlamak ve yasin ötesine geçmek için etkili tedavi yaklaşımlarını kullanmak önemlidir. Bu bölümde, yasin teorik çerçevesinin yanı sıra yas sürecine ilişkin mitler ve kültürel çıkarımlar ile kalıcı karmaşık yas bozukluğu olarak teşhis edilen normal ve patolojik yas süreçlerinden bahsedilmektedir. Ayrıca, yas danışmanlığı, aile terapisi yaklaşımları, dışavurumcu sanat terapisi, bilişsel-davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi, karmaşık yas terapisi ve varoluşçu terapi gibi etkili yas terapisi yöntemlerinden bahsedilmektedir. Bu literatür taraması çalışması, yas sürecini ve psikolojisini farklı yönleriyle incelemekte, 21. yüzyıl yas terapisi yaklaşımlarının teorik çerçevesini anlayarak, yası çok boyutlu olarak tanımak, fark etmek ve çeşitli terapötik ekollerden çeşitli teknikler kullanarak bütüncül bir şekilde tedavi etmek için bir yapı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yas, Kalıcı Karmaşık Yas Bozukluğu, Yas Terapisi, Yas Odaklı Psikoterapi.

Understanding the Psychology of Grief

Abstract

Grief is a normal response that occurs after the loss of a close one and is a process that takes time to heal. It can be defined as the normal process people go through to readjust their lives after a loss. To understand the psychology of grief, it is important to understand the theoretical and conceptual framework of grief and use effective treatment approaches to move beyond grief. In this chapter, a theoretical framework of grief, along with myths and cultural implications about the grieving process, and normal and pathological grief processes diagnosed as persistent complex bereavement disorder are mentioned. Also, it is mentioned about effective grief therapy methods such as grief counseling, family therapy approaches, expressive art therapy, cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, complicated grief therapy, and existential therapy. This literature review study examines the grief process and psychology in different aspects, understanding the theoretical framework of 21st century grief therapy approaches to provide a structure to recognize and realize grief multidimensionally and treat it integratively with using several techniques from various therapeutical schools.

Keywords: Grief, Persistent Complex Bereavement Disorder, Grief Therapy, Grief-Focused Psychotherapy.

¹ Yeditepe University, Turkey Istanbul; dresrasavas@gmail.com

Introduction

As humans, we all experience numerous stressors during our lives. Sometimes, these stressors can be absorbed and well-managed, but certain types may have a traumatic effect on us. Moving to a new city, accidents, loss of a body part, learning a chronic illness such as cancer, separation, divorce, financial changes, or the death of a loved one could be traumatic events that make it difficult to manage the process and adapt to a new life without that loss. Since there are different types of losses, there are various feelings and responses that both individuals and professionals must understand. Related to the deepness and meaning of the loss, people could develop psychological or psychiatric disorders or a well-internalized life experience that causes them to grow after that trauma. After losses, people may experience mourning, grief, depression, anxiety, or a combination of emotions. These mixed losses could be clarified by defining loss, mourning, and grief. Before moving beyond those feelings and related psychological and psychiatric approaches, it is better to understand the framework of those concepts and theoretical models of grief.

Conceptual Framework

Loss types could be categorized into physical, relational, and symbolic losses. Physical loss refers to concrete ones, like the deceased person, a pet, or any other tangible things such as smell or warmth of touch (Doka and Martin, 2010). Relational loss involves abstract and symbolic losses where the connection and emotional attachment are no longer there or have no chance to be the same as before, such as trust, security, social status, power, financial support, belief, health, or loss of unfinished dreams and hopes (Gross, 2016; James and Friedman, 2014). Death, divorce, and separation are loss types that could include both physical and relational losses. Bereavement differentiates from loss due to its key emphasis on intensive deep-level feelings and reactions after a traumatic physical, relational, or emotional change in one's life (Doka and Martin, 2010).

Grief is a term used with a wider spectrum, including all responses, changes, and reactions after traumatic stressors to readjust life without those lost things. Even though grief is a normal process that everyone must experience in a normal and freedom-own way to complete and move on with their life, there might be some obstacles, familiar, cultural, or religious expectations, and consolation approaches that might cause grievers to be stuck in that process. In this process, many different emotional, physical, behavioral, and intellectual reactions are observed in people. These responses change, improve, or sometimes resist healing during the grieving process. There is no definite and clear structure about how this process will proceed, as it depends on multiple variables in the person. The identity of the deceased, the way they died, the relationship with the deceased, the functionality of coping methods, making sense of death according to cultural and religious beliefs, past losses, ongoing grief, personality traits, psychological and psychiatric history, presence of functional social support level and sustainability level, physical, social, financial change, and the existence of unintentionally loaded roles after the death can be counted among these variables (Yörük, Turkmen, Yalıniz and Nebioglu, 2016; Worden, 2018).

Sometimes, the psychological adaptation of the person in the grieving process can be intensified according to the type of grief. In normal and expected types of grief, while the person begins to take part in the grieving process mentally and emotionally (Worden, 2018; Wallace, Wladkowski, Gibson, and White, 2020), in complex and traumatic types of grief, defined as the sudden and unexpected death of a person (Otani, Yoshida, and Morita, 2017; Yörük, 2016), such as not being able to attend the funeral of the person who died when social rights are deprived, as was the case with COVID-19, not being able to have a ceremony with their loved ones, or in death types involving social stigmas, such as AIDS or suicide, the reactions in the grieving process become more intense and make adaptation difficult (Gross, 2016; Savas, 2020).

In short, the term 'losses refer to any change that causes a person to experience disappointment. The term bereavement refers to the objective situation of someone who has lost someone close to them. The term 'grief' refers to the emotional experience of the psychological, behavioral, social, and physical reactions the bereaved person might experience because of the death, or any other losses that caused him deep feelings and meaning loss (Boerner, Ket al., 2015).

Grief Theories and Models

Since grief has complex processes of rumination, confrontative coping, and expression of emotion (Strobe, 2011), it is more important to see the whole picture rather than a piece of symptom, feeling, or response after the loss.

There are many theoretical approaches to understanding grieving. The first theory is from Freud (1917), as he said that a prolonged grief process is an attempt by the grieving person to redefine their relationship with the deceased, with themselves, and with the outside world. According to Freud, successful grieving occurs when the emotional bond with the deceased is cut off, and emotional energy is projected into new relationships. Freud's work paved the way for many researchers and theorists, such as Kübler-Ross, Bowlby, Rando, Doka, and Martin.

Kübler- Ross explained grief within five stages: denial, anger, bargaining, depression, and acceptance. Denial refers to the 'emotional and intellectual processing defense mechanism before acceptance of what happened (Gross, 2016). Anger refers to the reflection of anger toward own or others. Bargaining is trying to make promises or commitments to delay dying or bad days with God, own, or others. Depression is a reactive response to all loosed things and days. Acceptance is the stage of increased awareness and acceptance. Bowlby has also 4 stages of grief theory which are numbness, yearning and searching for the deceased, disorganization, and reorganization stage. Rando has a model with 3 phases: avoidance, confrontation, and accommodation. Under these 3 phases, there are 2 stages. These models emphasize that grieving stages without any discrimination and no rule-based stages progress linearly. After the loss, the grief process completion involves going back and forth between stages for a while.

Doka and Martin (1994) explained grief in terms of physical, emotional, cognitive, spiritual, and behavioral styles. Physical styles could be headaches, muscle aches, nausea; tiredness and fatigue; menstrual irregularities; loss of appetite; pain; insomnia; tension; and sensitivity to noise. Emotional styles could be sadness; anger; guilt; jealousy; fear and anxiety; embarrassment; relief; emancipation; powerlessness/despair. Cognitive styles of grief could be experiencing ruminative thoughts; difficulty concentrating; daydreaming; insensitivity; nightmares; disorientation; confusion; and reviewing the moment, way, and circumstances of the death multiple times. Spiritual styles of grief are seeking meaning in loss, contemplating the meaning and purpose of life, and changes in spiritual feelings or beliefs. Behavioral styles could be crying, outward expression of emotions, avoiding or seeking reminders of the deceased; obsessive activity (visiting a cemetery, exercise, sports, gardening, substance use), and social withdrawal. Stroebe and Schut's dual process model (1999) focuses on coping styles because they believe that the grieving process is explained based on how the person copes with the loss. Loss-oriented and restoration-oriented coping styles are the determinators of the grief processes which individuals direct their energy. Worden (2009) defines grief differently than the other theoreticians because she states that to regain control of their emotions and make sense of their life after the loss, someone must complete the unfinished works related to that loss.

Discrimination of Normal and Psychopathological Grief

Regardless of the type of loss, it affects the psychological functionality of the person. After a loss, people often express intense longing, which gradually subsides within weeks or months with sadness. The healthy grieving process is necessary for completing feelings and thoughts about the past relationship, letting go of dreams with the deceased, and accepting the current reality. This process may take from a few days up to 18 months, and variations are considered normal and understandable.

- The structure of love for the deceased and how it fits into their life begins to form within a certain period.
- Cultural, familial, and religious expectations may influence grief behaviors and attitudes, sometimes causing a secondary emotional burden.
- There is no perfect or correct way for these grief attitudes, and the process progresses specifically to the person who was lost.
- After each loss, reactions and the grieving process may proceed differently, indicating that mental and environmental restoration work is ongoing.

Normal Grief Brokers

Although it seems that grief is accepted within the population, family, and culture, it is not the same for griever. You want to mourn, but unfortunately, there are so many sounds coming from your mind and from your outside environment that the following sentences may come:

"It's a shame no one hears or sees what people say."

"You're screwed up; come to yourself, look at you, you're exhausted from crying, eat some food."

"It is a sin; God does not like mourning for 3 days. Our prophet cried for 3 days, and then the bones of the deceased ached."

On the one hand, you want to do something to feel good, to stand up, but again, those around you and the voices in your mind will not shut up. Or have you never felt sad? What are you watching on TV? Have you put on makeup? Have you no shame? Do you ever go to dinner, go out, stop for 7 days, or 40 days? Look at what you've done, your clothes... his bones are aching there... it turns out who he sacrificed for, what he ruined his life; he's gone... In addition, there are suggestions for solutions and insistence parts that come both from the mind and from outside... Look ahead. The nail rips out the nail. Life goes on. It passes with time. Nevermind... These things that are said are so easy to say... it's not evil at all because they are suggestions that are objective... it's just emotionless, insensitive, and lacking empathy at a high level... that is, a set of discourses that are useful at all and painful at the highest level. However, the main need of the bereaved person is to touch the heart of what he hears with his ear...

Psychopathological Grief

Just as it is not correct to assume that people who have experienced a loss will not experience psychiatric or psychological deterioration during the grieving process, it is also not correct to expect them to experience such a thing because grieving is an individual process and can be experienced in different ways and times, with different reactions (Moorey and Greer, 2011). Everyone has methods that they believe are personally effective for coping with the grieving process after a loss. Colin Murray Parkes (1986), in his pioneering work in this field, saw that the methods that work were keeping oneself busy, believing that the deceased was still with them, and relying on the support of family and close friends. If the grieving period is managed in a healthy way, in other words, if the person can continue his work, social, and family life in a balanced and stable manner despite all the fluctuations and longing inside, if they can keep up with the days, life, and themselves, there is no need for any counseling. In 3 weeks to 3 months, if the deceased was a loved one, the person will place the deceased in their heart eternally, and if the deceased was not a loved one, the person will complete the remaining feelings and thoughts and send the deceased from their mind. However, if the turmoil in work, social, and family life lasts longer than expected, and if mood swings continue, this may lead to an adjustment disorder. If it is not noticed and resolved at the level of an adjustment disorder, it will continue with a wide spectrum, such as mood swings, anxiety, obsession, trauma, and persistent complex bereavement disorder. The grief process for approximately 10% of people becomes more complicated, and they have difficulty managing the grief process after loss (Neimeyer, Harris, Winokuer, and Thornton, 2022). These individuals do not or do not want to cope with the loss through functional methods or do not feel the strength to struggle even if they want to. For whatever reason, they cannot maintain the necessary adaptation to life with the deprivation experienced after loss and continue to engage in non-existent aspects, even if they do not exist (Prigerson et al., 2008). All these unrealistic and avoidant attempts to deny the truth intensify. The longer it takes, the more it turns into an inescapable spiral, imprisoning their thoughts of the present and the future of their whole life. The person gradually begins to fail to realize that the situation has evolved beyond love and has reached a pathological dimension. This situation brings about psychiatric disorders.

Prolonged Grief Disorder (PGD): Grief, first described by Freud in 1917, is deemed a normal, non-pathological, painful yet healthy experience that should unfold within a certain timeframe. However, if this obligatory and time-limited ordeal persists, preventing the emotional detachment and transition to new relationships, Freud suggests it transforms into 'pathological grief-melancholy-depression.' The inability to convey, delay, or ignore grief reactions due to various factors—social, cultural, traditional, religious, social norms, family dynamics, or personal beliefs—complicates the grieving process.

While it is anticipated that pain would diminish over time, grief reactions intensify, causing regression and elongating the period before completing necessary emotional processes. Identified risk factors for prolonged grief include personal psychological fragility, circumstances of the manner of death, and contextual circumstances of death (Neimeyer, Harris, Winokuer, and Thornton, 2022). Psychological fragility risk factors encompass a history of mood disorders, avoidant or anxious attachment, and a history of trauma or multiple loss. Factors heightening risk in the conditions of death include untimely, unexpected, violent, or seemingly preventable deaths. Risk factors in the contextual circumstances of death involve inadequate or toxic social support and intense financial hardship.

Persistent Complex Bereavement Reaction and PGD: The natural grieving process can be prolonged when functional management is hindered by various factors. This extension negatively impacts daily life, work, family, and social interactions on cognitive, emotional, physiological, and behavioral levels. Such deteriorations may progress into psychiatric disorders. Assessment for psychiatric disorders follows the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) and the International Classification of Diseases (ICD-11). PGD is explicitly defined in ICD-11 as impairment of functioning for life, accompanied by mental and physical preoccupation with the loss of a loved one, intense emotional pain, longing, or related feelings persisting for 6 months or more (WHO, 2019). People meeting the diagnostic criteria for PGD often experience denial of loss, identity disorder, loneliness, feelings of meaninglessness, and emotional disconnection. Symptoms include intense sadness, acute grief with longing and mourning, persistent thoughts about the deceased, difficulty imagining a purposeful future, dysfunctional thoughts, and complex, maladaptive approach and avoidance behaviors (Malgarol, Maccallum and Bonanno, 2018).

The key difference between PGD and Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) lies in the duration of symptoms: 6 months for PGD and over 1 year for PCBD. Given this distinction, ICD-11 PGD is included to avoid confusion and provide a definitive diagnostic classification. PGD symptoms share similarities with other psychiatric disorders, leading to potential confusion and comorbidities. Symptoms resembling depression disorder may be mistaken for major depressive disorder, especially if experienced after the loss and with a history of depressive episodes. Furthermore, PGD symptoms may be confused with post-traumatic stress disorder, sleep disorder, or adjustment disorder. Additionally, comorbidities such as depression, anxiety disorder, and post-traumatic stress disorder may develop alongside PGD (Komischke-Konnerup et al., 2021).

To avoid confusion in diagnostic assessments, in addition to psychiatric and psychological evaluations, clinical interviews, and observations, Turkish versions of scales developed for prolonged diagnoses, with validated reliability tests, can be used. Some of these scales are detailed below:

- Post-Traumatic Embitterment Disorder (PTED) Scale: Developed by Linden, Baumann, Lieberei, and Rotter (2009), its validity and reliability for Turkish were confirmed by Ünal et al. (2011). The scale aims to evaluate the embitterment of an individual following negative experiences.
- Unfinished Business in Bereavement Scale-Brief Form (UBBS-BF): The UBBS form developed by Holland et al. was found to be valid and reliable for Turkish by Soysal (2020). UBBS has sub-dimensions that determine unresolved life and conflicts of people. Thus, it identifies things not experienced and unresolved internal complexities of a person after the loss.
- Inventory of Complicated Grief (ICG): Developed by Prigerson et al. (1995), it was found to be valid and reliable for Turkish by Atak et al. (2012). The purpose of this scale is to determine the work and social functionality, sleep problems, and suicide tendencies of individuals who experienced the death of a person they were close to in the previous 6 months or more recently (Prigerson, Maciejewski, Reynolds, 1995; Shear et al., 2011).
- Prolonged Grief Disorder Scale-Patient Form: The PGD scale developed by Thornicroft and Patel (2014) emerged with the combination of the inventory of complicated grief and the ICD-11 PGD diagnostic criteria. Validity and reliability of the scale for Turkish were established by Danişman, Yalçınay, and Yıldız (2015). This scale is a suitable tool for measuring the symptoms of grief experienced by cancer patients that start with the diagnosis and continue with all the other triggers that lead to a sense of loss. The scale has different forms, such as the patient form adapted for cancer patients (PG-12-Patient Form; Jacobsen et al., 2010), a form for relatives giving care (PG-12 Caregiver Form; Prigerson et al., 2009), and another form adapted for individuals who have lost someone they loved (PG -13; Prigerson et al., 2008).

- Two Track Model of Bereavement Questionnaire/TTBQ: Developed by Rubin et al. (2009) and adapted into Turkish by Ayaz, Karancı, and Aker (2013). To evaluate possible grief situations in individuals after death, the questionnaire includes questions about the relationship aspect of active grief, close and positive relationships established with the person they lost, traumatic perception of grief, conflict relations with the lost person, and deterioration in social functionality. Thus, the level of grief after the loss and the existence of areas that it affects and deteriorates are determined.

Moving Beyond Grief

There are different therapeutic approaches that mental health professionals use to help people grieving. Although different approaches use different techniques, their major goal is to help the griever to adapt the loss and adjust his remaining life without loss. Effective therapeutic approaches could be grief counseling, family therapy approaches, expressive art therapy; cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, complicated grief therapy, and existential therapy on grief.

Grief Counseling: Grief counseling is an effective approach to supporting individuals experiencing grieving symptoms without pathological dimensions or at the level of psychiatric disorder. The targets of grief counseling include:

1. Helping the person accept physical and emotional separation and adapt to life without the lost person.
2. Ensuring the transfer of emotion and supporting the sharing of emotions related or not related to the grieving process.
3. Addressing emotional blockages and providing active coping mechanisms through information and psycho-education about the healthy and normal grieving process.
4. Offering models of problem-solving (Kahraman, 2021).

Family Therapy Approaches: Sharing feelings of grief after a person's passing helps alleviate emotional burdens, particularly within functional family dynamics. The involvement of family members in the grieving process facilitates mutual support, making it easier to make sense of life again and adapt. Family therapy approaches aim to:

1. Strengthen the natural support system of individuals.
2. Optimize relations with family members and reduce communication barriers for functional family dynamics.
3. Provide a safe space for the expression of feelings, wishes, and needs, increasing the sense of acceptance and understanding (Kissane et al., 2006; Neimeyer, Harris, Winokuer and Thornton, 2022).

The psychological support needs of individuals and families, as well as family therapy methods, may vary depending on the factors initiating the grieving process. For instance:

- In families dealing with palliative care or terminal cancer patients, an evaluation inventory such as the family relations index (Moos and Moos, 1981) is used.
- The therapy process involves family members participating together after a quick assessment of family dynamics, communication barriers, and problem-solving approaches (Kissane, 2000; Edwards and Lavery, 2005).
- Family therapy helps evaluate blockages related to caring for a family member in the death process, effects of role changes, expectations, and other family dynamics.

After the death, family therapy aims to explain coping methods related to emotions, reactions, and relationships experienced in the normal grieving process. It enables individuals in the family to understand each other's coping methods in emotion, thought, relationship management, and problem-solving approaches. This reconnection leverages strengths in the family dynamic, leading to increased understanding, commitment, tolerance, and forgiveness. The therapist should possess advanced micro-skills such as understanding, cooperation, sincerity, and a compassionate approach while maintaining balance in accepting each other with respect. Asking questions in a circular structure that piques individuals' curiosity is essential. Tools such as the 3-generation genogram can be used to support acceptance, empathy, understanding, and reduce blaming, focusing on the functional family dynamic and how to develop and increase it within the family structure.

Expressive Art Therapy: Expressive art therapy is a discipline that encompasses various creative art therapies, such as music, art, drama, poetry, dance, psychodrama, and bibliotherapy (McNiff, 2009). The common ground of these disciplines is to make room for the unrestricted concretization of imagination (Jung, 1997). It provides the bridge between the deeper world inside and the outside world (McNiff, 2009). Expressive art therapies, including techniques such as drawing, animating, playing, or singing, prove effective when individuals in the grieving process struggle to verbally express their feelings and thoughts, have insufficient emotion transfer skills, or cannot analyze their inner reactions (Sands and Tennant, 2010; Neimeyer, Harris, Winokuer, and Thornton, 2022). Techniques usually proceed with the client's exploratory responses to the therapist's questions conveyed through stories. Through the client's creativity, concretization skills, and metaphors, movement to the therapeutic dimension occurs (Levine, 2009; Romanoff and Thompson, 2006; McNiff, 2009). Questions asked through concepts of grief and loss in pictures, words, movements, sounds, or dramatic reenactments help the person recast their memories of the loss, the physical and emotional separation process, and make sense of life (Neimeyer, Harris, Winokuer, and Thornton, 2022).

Cognitive Behavioral Therapy: Cognitive-behavioral therapy, according to the cognitive-behavioral grief therapy developed by Boelen, Van den Hout, and Van den Bout (2006) based on the cognitive-behavioral therapy of Dr. Aaron Beck, is founded on three factors that make up the foundation of complicated grief: The first factor is that the person experiences shock at every new situation and confrontation related to the deceased person and is not able to adequately remember and connect memories, feelings, and relationships. The second factor is that people with more negative and pessimistic thinking styles have a higher risk of developing complicated grief after a loss (Hayes et al., 1996). This is because, according to cognitive therapy, if basic beliefs such as worthlessness, inadequacy, and powerlessness are not self-initiated by the person themselves but a structure they have developed so far with relation to another person or life, then they will experience a shock to their core. Examples of this are beliefs that are directly related to oneself, such as "I can never live without my father," "If I don't have my child, life has no meaning," and "I can't smile ever again, I'll be a living corpse." In addition to oneself, they may have negative catastrophic false beliefs about sharing or ending the pain, such as 'if I talk about my pain, I will lose control' or 'if I don't feel sorry for him, people will think I don't love him.' The third factor is that the person frequently uses anxious and depressive avoidance strategies (Boelen and Van den Bout, 2010). Considering these three basic factors, the therapist creates the client's cognitive formulation. The following can be considered when planning treatment: Automatic thoughts, intermediate beliefs, and core beliefs are discovered at the pace of the client, and dysfunctional ones can be replaced with functional ones. The client can be supported to adapt to work, family, and social life with healthy and balanced relationships and increase adaptive methods instead of dysfunctional coping methods. Further attempts can be made to realize emotional separation from the deceased, focusing on strengths and determining how the client wants to place the deceased in their life while succeeding in living without them.

Interpersonal psychotherapy: Interpersonal Psychotherapy (IPT) was developed by Gerald Klerman (1929–1992) as a short-term, solution-oriented approach structured in 12–16 sessions. According to Klerman, just as psychiatric drugs are tested before they are presented to the public, psychotherapy intervention manuals should also be researched (Sharf, 2015). Klerman created a structured program by integrating symptoms specific to grief into the practice of interpersonal psychotherapy, in which trial studies were conducted with people suffering from depression. The main purpose of this program is to change sadness, which includes giving up on both life and dreaming for the future, not being able to enjoy life, not wanting to do things they used to do, and withdrawing oneself in the grieving process, and rekindle their interest in relationships and support participation in both relationships and activities. Four areas related to the individual in the grieving process are focused on: experiencing functional grief, interpersonal conflict, role transformation, and dysfunctional interpersonal deficiency (Sharf, 2015).

Interpersonal Conflict: This helps the person develop a non-depressed perspective by raising awareness and consciousness about the perspective and perception caused by depression with everyone, at any age other than oneself. In this way, the individual can have realistic expectations about the problem they are experiencing and their communication with others. These can be shared, and if these expectations do not change when shared, they can be changed, and the dispute can be resolved. The main goals in resolving interpersonal conflict are to define the conflict, determine the action plan, develop realistic expectations, and eliminate the miscommunications that prevent them from reaching said expectations. Effective strategies to achieve these goals begin with a review of depression symptoms. It is ensured that the client discovers the relationship between the dispute in their communication with others, the onset of symptoms of depression, and the dispute they have with other people. The stage caused by the dispute is identified and approached accordingly: 1. Renegotiation (calming down participants to facilitate resolution) 2. Impasse (increasing disharmony to restart negotiation) 3. Dissolution (grief counseling) (Sharf, 2015). Another

technique is to understand how nonreciprocal role expectations are related to disputes. In implementing this strategy, the following questions can be addressed: What are the apparent problems in the conflict? What is the main, unseen problem? For each conflicting individual, what is the main source of need for dispute and what is the desired expectation? What are the differences in expectations and values? What are the options other than dispute to this extent? What is the likelihood of finding alternatives? What is needed to resolve this dispute? If it is resolved, what effect change will occur for all parties?

Role Transition: To functionally transition into the new role that has emerged after the loss, it is necessary to let go of the old one first. If one does not leave the former role behind, the process of being in between continues, creating a sense of belonging between roles, a decrease in self-confidence and self-efficacy, and difficulty in adaptation. To prevent this, it is attempted to help the individual see the positive aspects of the new role and increase their control by strengthening belonging and self-efficacy (Sharf, 2015). The main goals for returning to the role brought by the changing life after the loss in a healthy and functionally manner are as follows: Grieving the loss of the old role, completing it and to accepting it by leaving it behind, to help the patient regard the new role as more fitting and positive, to increase the sense of belonging to the new role, and to help the individual establish control. Effective strategies to achieve these goals are as follows: Reviewing the depressive symptoms related to the role, associating the difficult parts of the current life change with the depressive symptoms, seeing the positive and negative aspects of the old and new roles completely, exploring the feelings about the loss and providing ventilation, exploring the feelings about the change itself, exploring opportunities that come with the new role, realistically evaluating what is lost, and encouraging acceptance, to encourage asking for support whenever they need it and learning the new skills required for the new role (such as assertiveness) (Sharf, 2015).

Interpersonal Deficiency: Whether in the normal grieving process after the loss or at the level of psychological disorders, there can be a period when one prefers to be alone, and isolated from social life and people. It is necessary and healthy to complete this isolation for a while, to face the past and give up on dreams for the future, to accept reality, and to return to the present. However, when this process is prolonged, it leads to disconnection from others, ignoring or suppressing problems before they are resolved, leaving them unsolvable, and leads one away from setting new healthy functional goals, establishing, and developing relationships. It is necessary to eliminate the interpersonal deficiencies in these isolations and to improve the grief-based depressive mood (Sharf, 2015). The main goals to be improved in interpersonal deficit can be reducing social isolation and encouraging the patient to establish new relationships. Effective strategies to achieve these goals are as follows: Reviewing depressive symptoms, explaining the relationship between depressive symptoms, social isolation, and feelings of loneliness, helping the patient to fully see the positive and negative aspects of their previous significant relationships, and exploring the repetitive cycles in their relationships.

Complicated grief therapy: Complicated grief therapy is a structured approach that combines attachment theory with cognitive therapy, interpersonal psychotherapy, and motivational interviewing (Shear, and Gribbin Bloom, 2017). The structuring of all sessions follows the principles of cognitive therapy: mood assessment, setting the agenda, going over the homework, working on the agenda for the day, rehearsing the homework, and discussing how to apply it until the next meeting, solving possible obstacles, session summary, and conclusion. Complicated grief therapy consists of initial, intermediate, and termination phases, completed in 16 sessions. The first phase, lasting between 1 and 3 sessions, focuses on forming the therapist-client alliance, transferring information about complicated grief, discussing the client's loss story, and setting therapy goals. Psychoeducation is provided to the client, including the similarities and differences between normal grieving, complicated grief disorder, and healthy grieving (Shear, and Gribbin Bloom, 2017).

In the second phase (4–9 sessions), the goal is to help the client accept death, find a satisfying 'new normal,' and reduce avoidance mentally, behaviorally, and experientially. Techniques involving death, blending therapist-client interaction with cognitive therapy and interpersonal psychotherapy, are emphasized. Ruminative thoughts are identified and practiced with effective techniques, addressing the client's preoccupation with making sense of death.

The third phase, termination sessions, involves reviewing the process, discussing feelings about the sessions ending, and planning for the future. Termination of cognitive therapy can be shaped by a supportive session setting to emphasize the client's empowerment before leaving. The focus is on achievements, completion of goals, the impact of the learned strategies in the post-therapy period, and addressing possible blockages and solutions (Neimeyer, Harris, Winokuer, and Thornton, 2022).

Existential therapy: considers the individual's biopsychosocial needs in treatment planning. When consulting a psychologist after the death of a loved one, the treatment plan's basic building block involves making sense of existence again. Issues related to existence, such as being alive, understanding one's purpose, and coping with loneliness, are addressed using existential psychotherapy techniques. Emotions like guilt, anger, and uncertainty are explored to provide functional ventilation for the client.

Logotherapy: Logotherapy developed by Viktor E. Frankl (1920), aims to help individuals find the meaning of their lives and discover the purpose of their existence. This therapy emphasizes attitudes rather than behavioral techniques, as a change in attitude can lead to effortless behavioral changes (Lukas, 1998). According to existential therapy, people have a unique purpose in coming into the world, examining how individuals cope with each experienced situation, trauma, and disappointments, and how they position the reality of death to ensure their uniqueness. According to Frankl, this uniqueness is realized with the meaning given to each situation, in other words, with the logo (van Deurzen et al., 2019).

Individuals stating that their life has lost meaning after a loss can find meaning again, exploring the meaning of their existence. While individuals discover how they cope with the stressors throughout their lives and how these coping methods affect them, they increase resilience and improve their ability to grow after trauma (Southwick, Lowthert, and Graber, 2016). Logotherapy is an effective psychological approach for individuals experiencing prolonged grief after death (Southwick, Lowthert, and Graber, 2016).

When working on grief with logotherapy, the therapy process is structured into five stages (Maniacek, 1982). The first stage involves establishing communication, with the therapist allying with the client through empathy, active and effective listening, sincerity, restraint, and trust. The second stage is the assessment of the situation, emphasizing the meaning of the deceased, their place in the client's life, their importance, and the client's conscious or unconscious defense mechanisms and coping methods.

The third stage involves the therapist's efforts to confront the client with their fears. The fourth stage is for the client to fill in the emptiness after the loss with constructive functional alternatives. The final stage includes termination practices, during which the client evaluates death, the deceased, themselves, and life, and re-evaluates their current problems and plans (Maniacek, 1982).

When motivation is needed, the motivational attitude technique defined by Lukas (1998) can be used. This technique comprises five steps: defining the problem behavior, determining areas where freedom of action exists despite everything (distress, reluctance, apathy, etc.), identifying all possible options through cognitive exercises, determining the most meaningful and functional option, and making the choice despite all obstacles (reluctance, fear, etc.) (Batthyány, 2016).

Another technique in logotherapy is the personal existence analysis method. This method examines how the person is affected while explaining who they are, exploring the emotions, thoughts, and reactions in this experience. Emphasis is placed on recognizing the unrealities in this emotional, thought, and reaction dynamic, repositioning them emotionally and intellectually, and expressing an effective internal movement in tangible terms.

Meaning-centered therapy: Meaning-centered therapy developed by Breitbart et al. (2010) and based on Frankl's logotherapy, integrates cognitive behavioral therapy and positive psychotherapy. It was originally designed to help patients with advanced cancer discover the meaning of life. The therapy is structured to enhance the psychosocial well-being of individuals across seven sessions for individuals and eight sessions in group format with existential content (Breitbart et al., 2010; Vos et al., 2017). Building upon meaning-centered therapy, Lichtenthal and Breitbart (2015) developed meaning-centered grief therapy specifically for parents coping with the death of a child due to cancer. This grief therapy maintains the same content, with the theme and focus shaped according to the ways of surviving despite the enormous pain experienced (Lichtenthal et al., 2019).

Post-traumatic growth after grief: *Increased Self Power*

Individuals often employ personal coping methods to navigate the grieving process after a loss. Colin Murray Parkes (1986), a pioneer in this field, emphasized the importance of engaging in life, maintaining a belief in the continued presence of the deceased person, and seeking support from family and close friends. A healthy management of the mourning period involves the ability to resume daily activities, social interactions, and family life in a balanced and

stable manner despite internal fluctuations and longing. If an individual can successfully integrate the loss into their life within the timeframe of 3 weeks to 3 months, either by cherishing the memory with infinite dimensions or by processing and letting go of remaining feelings and thoughts, formal counseling may not be necessary. However, if disruptions persist in social and family life beyond the expected period, and mood fluctuations continue, it may lead to a range of mental health issues such as mood disorders, anxiety, obsession, trauma, and persistent complex bereavement disorder. Even if not immediately recognized, this condition can progress to the level of adjustment disorder.

A minority may struggle to navigate the grieving process. Whether due to ineffective coping methods, unwillingness to cope, or a perceived lack of strength to fight, some individuals may struggle to adapt to life after experiencing loss. For various reasons, they may find it challenging to reconcile with the deprivation brought on by the loss, persisting in a connection with those who are no longer present (Prigerson et al., 2008). Attempts to avoid confrontation with the truth and indulge in unrealistic thinking can intensify and prolong, creating a spiral that imprisons their thoughts, present, and future. In such cases, individuals may gradually lose sight of the fact that their situation has moved beyond a natural grieving process into a pathological dimension, becoming an invitation to psychiatric disorders.

Conclusion

Loss, pain, the search for meaning, emotional confusion, and difficulty readapting to daily life after the death of a loved one constitute a normal and natural process that every person may experience. However, if the intensity, severity, and negative effects of this process on daily life and future goals persist even after 12 months, it is considered a complicated grief disorder. In such cases, psychiatric and psychological support may be required, as the circumstances deviate from their normal course.

Effective approaches in the field of psychological support include grief counseling, family therapy approaches, grief psychotherapy, and expressive art therapy (such as cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, complicated grief therapy, and existential therapy). Regardless of the specific approach used based on the individual's needs, the priority in this process is the alliance and trust relationship that the therapist establishes with the client through the effective use of micro skills. Approaches that prioritize and incorporate this alliance and awareness will facilitate the grieving person's journey to find meaning again after the loss and regain a sense of belonging and participation in life.

References

- Ayaz, T., Karancı, A. N., ve Aker, A. T. (2014). İki boyutlu yas ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. [Validity and reliability study of the Turkish form of the two-dimensional grief scale]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 253-263.
- Batthyány, A. (Ed.). (2016). *Logotherapy and existential analysis*. Cham: Springer.
- Black, D. W., and Grant, J. E. (2014). *DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Pub.
- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., and Van Den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109.
- Boelen, P., and Van den Bout, J. (2010). Anxious and depressive avoidance and symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress disorder. *Psychologica Belgica*, 50(1-2).
- Boerner, K., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., Wortman, C., and Pachana, N. A. (2015). Theories of grief and bereavement. *Encyclopedia of geropsychology*.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., ... and Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of personality and social psychology*, 83(5), 1150.
- Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 2010;19(1):21-28.
- Currier, J. M., Holland, J. M., and Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies*, 30(5), 403-428.
- Danışman, I. G., Yalçınay, M., ve Yıldız, N. (2017). Kanser Hastalarında Yas Belirtilerinin Ölçülmesi: Uzamış yas bozukluğu ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. [Measuring Bereavement Symptoms in Cancer Patients: The validity and reliability study of the Turkish version of the prolonged grief disorder scale]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(3), 190-7

- Erdem Atak I, Beyazıt U, Subay N, Sarı B, Kokucu G, Ünverdi H, ve ark. (2012). Karmaşık Yas Envanteri (revize edilmiş formu)'nın Türkçe'ye çevirisi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. [Turkish translation of the Complex Grief Inventory (revised form): Validity and reliability study]. 17. Ulusal Psikoloji Kongresi Poster Bildirisi, [17. National Psychology Congress Poster Statement]. İstanbul.
- Freud, S., (1997). Mourning and Melancholia. Standard Edition, Strachey J. (Ed), 14, Hogart Press, London 1917 (Trans. Uslu, R., Berksun, O.), *Kriz Dergisi*, 1; 98-103.
- Gamino, A., Kenneth W. Sewell, Larry W. Easterling, L. (2000). Scott and White grief study phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, 24(7), 633-660.
- Gross, R. (2016). *Understanding grief: An introduction*. Routledge.
- Harrington, J. A., and Neimeyer, R. A. (Eds.). (2020). *Superhero Grief: The Transformative Power of Loss*. Routledge.
- Harris, C. B., Brookman, R., and O'Connor, M. (2021). It's not who you lose, it's who you are: Identity and symptom trajectory in prolonged grief. *Current Psychology*, 1-11.
- James, J. W., and Friedman, R. (2014). *The Grief Recovery Handbook. 20th Anniversary Expanded Edition (224)*. Harper Perennial.
- Jung, C. G. (1997). *Jung on active imagination: key essays selected and introduced by Joan Chodorow*. London: Routledge.
- Kahraman, S. (2021). Yas süreçleri ve kişilik. [Grief processes and personality]. Iksad yayınları.
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., and O'Connor, M (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100-140.
- Köroğlu E. (Trans. Ed.). Amerikan psikiyatri birliği. ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal el kitabı beşinci baskı (DSM-5). [American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)]. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014, 1094-1098.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Levine, S. K. (2009). *Trauma, tragedy, therapy: The arts and human suffering*. London: Jessica Kingsley.
- Lichtenthal, W. G., and Breitbart, W. (2015). The central role of meaning in adjustment to the loss of a child to cancer: Implications for the development of meaning-centered grief therapy. *Current opinion in supportive and palliative care*, 9(1), 46.
- Lichtenthal, W. G., Catarozoli, C., Masterson, M., Slivjak, E., Schofield, E., Roberts, K. E., ... and Breitbart, W. (2019). An open trial of meaning-centered grief therapy: Rationale and preliminary evaluation. *Palliative and supportive care*, 17(1), 2-12.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., and Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical psychology review*, 24(6), 637-662.
- Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., and Rotter, M. (2009). The post traumatic embitterment disorder self rating scale (PTED scale). *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 16(2), 139-147.
- Lumb, A. B., Beaudry, M., and Blanchard, C. (2017). Posttraumatic growth and bereavement: The contribution of self-determination theory. *Omega: Journal of Death and Dying*, 75, 311-336. doi:10.1177/0030222816652971
- Maccallum, F., and Bryant, R. A. (2013). A cognitive attachment model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 713-727.
- Malgaroli, M., Maccallum, F., and Bonanno, G. A. (2018). Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. *Psychological Medicine*, 48(14), 2439-2448.
- Malkinson, R. (2013). Bilişsel yas terapisi: Bir yakınıni yitirdikten sonra yaşamın anlamını yeniden yapılandırma. [Cognitive grief therapy: Reconstructing the meaning of life after the loss of a loved one]. Trans. S. Kunt-Akbaş. Ankara: Hekimler Birliği Yayınları. (Published in *Cognitive Grief Therapy*, 2007).
- Maniack, M. A. (1982). Logotherapy: A grief counseling process. In *International Forum for Logotherapy*. Viktor Frankl Inst of Logotherapy.
- McNiff, S. (2009). *Integrating the arts in therapy: History, theory and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Moorey, S., and Greer, S. (2011). *Oxford guide to CBT for people with cancer*. Oxford University press.
- Neimeyer, R. A., Harris, D. L., Winokuer, H. R., and Thornton, G. F. (2011). *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. Routledge.
- Parkes, C. M. (1986). *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: Penguin Books.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... and Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65-79.

- Prigerson, H., G, Vanderwerker, L., C ve Maciejewski P., K. (2008) A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Stroebe M, Hansson R, Schut H and Stroebe W, eds. *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st-century perspectives*, 165–86. Washington, DC: American Psychological Association.
- Romanoff, B., and Thompson, B. (2006). Meaning construction in palliative care: The use of narrative, ritual, and the expressive arts. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 4, 309–316.
- Rubin, S. S., Bar Nadav, O., Malkinson, R., Koren, D., Goffer-Shnarch, M., and Michaeli, E. (2009). The Two-Track Model of Bereavement Questionnaire (TTBQ): Development and validation of a relational measure. *Death Studies*, 33(4), 305-333.
- Sands, D., and Tennant, M. (2010). Transformative learning in the context of suicide bereavement. *Adult Education Quarterly*, 60(2), 99–121.
- Savaş, E. (2020). COVID-19 Sürecinde yas. [Grief in COVID-19 Pandemic]. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 82-89.
- Schut, M. S. H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197-224.
- Sharf, R. S. (2015). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases*. Cengage Learning.
- Shear, M. K., and Gribbin Bloom, C. (2017). Complicated grief treatment: An evidence-based approach to grief therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 6-25.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... and Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM 5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., and Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1287-1295.
- Southwick, S. M., Lowthert, B. T., and Graber, A. V. (2016). Relevance and application of logotherapy to enhance resilience to stress and trauma. In *Logotherapy and existential analysis* (pp. 131-149). Springer, Cham.
- Soysal, G. C. (2020). Kayıp yaşantılarında bitmemiş işler ölçeği-kısa form: Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. [Unfinished works in loss experiences scale-short form: Turkish adaptation, validity and reliability study]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21, 23-30.
- Stroebe, M. S., and Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 55–73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ünal, Ş., Güney, S., Kartalçı, Ş., ve Reyhani, İ. (2011). Travma Sonrası Hayata Küsmeye Bozukluğu Ölçeğinin (PTED Self-Rating Scale) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. [The validity and reliability study of the Turkish version of the Post Traumatic Embitterment Disorder Scale (PTED) Self-Rating Scale]. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24(1), 32-37.
- Van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Van den Bout, J., and Wijngaards-de Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach. *Death Studies*, 34, 195–220.
- Van Deurzen, E., Craig, E., Längle, A., Schneider, K. J., Tantam, D., and du Plock, S. (2019). *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., and White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), 70-76.
- Wilsey, S. A., and Shear, M. K. (2007). Descriptions of social support in treatment narratives of complicated grievers. *Death Studies*, 31(9), 801-819.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer publishing Company.
- Wortman, C. B., and Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 349.
- Yörük, S., Türkmen, H., Yalnız, H., ve Nebioğlu, M. (2016). Gebelikte yas, kayıp ve ebelik. [Grief, loss and midwifery in pregnancy]. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 207-212.

Psikoterapistin Narsisizmi ve Terapötik Sürece Etkisi¹

Emrullah KILIÇ²

Özet

Terapistin danışan ile empati kurabilme, aktarım ve karşı aktarım bağlantılarını çözümlenebilme, danışanın güçlü parçalarını destekleyerek terapötik ortamda doğal, samimi ve içe dönebilen bir halde bulunabilme becerisi, kendi psikolojik yapısı ile doğrudan ilişkilidir. Başta narsisistik kişilik bozukluğu olan veya narsisistik savunması bulunan danışanların terapisinde olmak üzere terapistin, tanrı-kurtarıcı rolünden ve kendi narsisizminden vazgeçebilmesi önemlidir. Danışan; doğal, samimi, karşı aktarımını içtenlikle yorumlayabilen ve kendini olduğu gibi kabul eden terapistin güçlü duruşunu dönüştürerek içselleştirme yaparak içe alır. Danışan kendi narsisizmini ancak bu şekilde olgun bir hale getirebilir. Danışan terapistin bu olgun ve güçlü duruşunu bozmak ister, çünkü Kohut'un açıklamalarına göre çocuk ebeveyninin narsisizminden beslendiği gibi terapistinin narsisizminden beslenerek kendi narsisizmini doyurur. Terapistin kendi narsisizminden vazgeçmesi, danışanın bozucu, yıkıcı ve terk edici nesne ilişkilerini ortaya çıkarmasını sağlayabilir. Terapistlerin kendi narsisizmlerini olgunlaştırması, danışanlarının her türlü bozucu aktarımına dayanıklılıklarını artırarak psikoterapötik süreci tam olarak gerçekleştirebilmelerini sağlar. Bu bakımdan terapistin patolojilerini kendi terapi sürecinden geçerek veya süpervizyon alarak kontrolde tutması ve olgunlaştırması değişim ve dönüşümü sağlayan terapiler gerçekleştirebilmeleri için elzemdir.

Anahtar Kelimeler: Psikoterapistin narsisizmi, Psikoterapistin karşı aktarımı, Çift kişilik terapiler, Dönüştürerek içselleştirme

Narcissism of a Therapist and Its Effect on the Therapeutic Process

Abstract

The therapist's ability to empathize with the counselee, to analyze transference and countertransference connections by supporting the counselee's strong parts, and to be in a natural, sincere, and introverted state in the therapeutic environment is directly related to her psychological structure. The therapist needs to be able to give up the god-savior role and her narcissism, especially in the therapy of clients with narcissistic personality disorder or narcissistic defenses. The client; internalizes and ingests by transforming the strong stance of the therapist, who is natural, sincere, can sincerely interpret the countertransference, and accepts himself as s/he is. Only in this way can the client mature her/his narcissism.

The counselee wants to disrupt this mature and strong stance of the therapist, because according to Kohut's explanations, the child feeds on the narcissism of the therapist, just as the child feeds on the narcissism of his/her parent, and satisfies his/her narcissism.

The therapist's abandonment of narcissism may enable the counselee to reveal disruptive, destructive, and abandoning object relationships. Therapists' maturation of their own narcissism enables them to fully perform the treatment by increasing their resilience to all kinds of disruptive transference of their clients. In this regard, it is essential for the therapist to keep their pathologies under control and mature them through their own therapy process or by receiving supervision in order to carry out therapies that enable change and transformation.

Key Words: Narcissism of a psychotherapist, Countertransference of a psychotherapist, A two-person therapies, Transmuting internalization

¹ Çalışmanın bir kısmı 7.Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresinde atölye çalışması olarak sunulmuştur.

² Uzman Psikolojik Danışman, Aiki Yaşam ve Farkındalık Enstitüsü, emrullahkiliç16@gmail.com

Giriş

20. yüzyılın başlarından günümüze kadar klinik psikopatolojide meydana gelen değişikliklere (klasik nevrozlarda azalma, narsistik kişilik bozukluklarında belirgin artış) sorunlu aile ortamlarında giderek daha sık görülen empati eksikliğinin, önemli katkı sağladığı görülmektedir (Esagian, Esagian-Pouftsis, & Kaprinis, 2019). Özellikle kültürümüzün narsistik dinamikleri, psikoterapiye olan yaklaşımda ve psikoterapötik süreçte narsistik savunmalara yol açmaktadır. Bu savunmaların özellikle terapist tarafından fark edilmesi ve onarılması çok önemlidir.

Terapistin rolü, psikoterapi tarihine baktığımızda zamanla daha aktif bir yere evrilmiştir (Levenson, 2017). Modern anlamda Psikoterapi tarihini bir yerden başlatmak gerekirse Freud'un "Klasik Psikanaliz" ismini vererek ortaya koyduğu kuramsal yaklaşım; değerlendirilebilen, eleştirilebilen, tarihte yer edinen yapısıyla referans alınabilir. Freud'un insan ruhunu nörobiyolojik bakımdan anlama ve açıklama çabası daha sonraları ruhsal aygıtın zihinsel bir tasarı olarak tanımlanmasıyla sonuçlanmıştır (Özakkaş, 2018). Zaman içinde psikoterapi iki farklı kulvarda (Klasik Psikanaliz- Davranışçı, Bilişsel Ekoller) üniversitelerde yer edinmeye başlamıştır.

Psikanalize göre daha somut olmaları ve bilim olarak kabul edilmeleri nedeniyle özellikle üniversitelerde davranışçı ve bilişsel ekoller yer almıştır. Davranışçı ekol, zaman içerisinde bilişsel ekollerin ortaya çıkmasıyla etkisini yitirmiş ve Bilişsel Davranışçı ekol etkili olmuştur. Klasik Psikanalitik Kuram, Davranışçı ve Bilişsel ekoller; terapi odasında terapistten ziyade danışanın aktif olduğu, terapistin seans odasındaki rolüne daha az önem verilen "tek kişilik terapiler" olarak varlıklarını sürdürmüştür.

Psikanalitik Kuram zaman içinde değişim göstermiş ve terapistin rolünün en az danışanın rolü kadar önemli kabul edildiği "çift kişilik terapiler" ortaya çıkmaya başlamıştır. H. Kohut içinde bulunduğu Klasik Psikanalitik kuramı eleştirerek çift kişilik terapi ekolünü Kendilik Psikolojisi kuramı üzerinden ortaya koyan ilk kişidir. Özellikle narsisizmin psikodinamik olarak tanımı H. Kohut ile birlikte çok farklı yorumlanmıştır (Kohut, 1998). Bu yorumlamayla birlikte DSM ve Dinamik kuramlara göre narsisizmin klinikteki görünümü ve psikoterapisi değişmiştir. Narsisizm çözümsüz bir patoloji olmaktan çıkıp psikoterapisi yapılabilen bir yerde ele alınmaya başlanmıştır. Psikoterapi tarihindeki temel paradigma değişimi ile bağlantılı olarak terapistlerin kendi narsistik patolojilerinin, seans odasına ve danışana yansımalarının modern kuramlar açısından değerlendirilmesi bu makalenin amaçlarındandır.

Nörobiyolojik kuram; insan beyni üzerine yapılan araştırmalar üzerinden, bir beyin ancak bir başka beyin ile etkileşime girdiğinde gelişebildiğini ortaya koymaktadır. Bu durumda seans odasında buluşan terapist ve danışanın karşılıklı etkileşimleri ile gelişen ve değişen zihinlerden bahsedilebilir.

Masterson'ın Terk Depresyonu kuramı ayrılma bireyleşme dönemine vurgu yaparak, insanın ruhsal doğumunun ancak bir öteki ile etkileşimi sonucunda mümkün olabileceğini ortaya koymaktadır. Seans odasında terapistin bu noktadaki her hamlesi danışanın ayrılma bireyleşme sürecini etkilemektedir. Bu durumda terapistin kendi sürecinin sağlıklı oluşu terapötik sürece olumlu yansiyacaktır (Masterson, 2014).

Nesne İlişkileri kuramı, kişinin kendi ve öteki ile kurduğu ilişkiye odaklanmış ve anne ile bebek arasında başlayan iyi anne (libidinal birim) –kötü (agresif birim) anne ilişkisinin içe alınarak bir içsel nesne tasarımı oluşturacağını vurgulamıştır. Bu içselleşmiş nesne tasarımının seans odasında terapist ve danışan arasındaki ilişkide de deneyimleneceği söylenebilir. Terapistin ortaya çıkan diad, aktarım ve karşı aktarım duygularını fark edip ortaya çıkan libidinal ya da agresif durumu yaşıntılandırarak yeni bir deneyime dönüştürmesi beklenmektedir (Levenson, 2017).

Kohut'un Kendilik Psikolojisi kuramında ise bakım verenlerin bebeğin potansiyelini ortaya koymasını desteklemesi çok önemlidir. Kendilik nesnesi işlevi gören bakım verenlerden gördüğü bu destek bebeğin, hayat boyu yaşayacağı kırılmalara karşı daha olgun bir kendilik kapasitesi oluşturabilmesini sağlar. İnsanın olgun bir narsisizme ihtiyacı olduğuna vurgu yapan Kohut, olgunlaşmayan bir narsisizmin daha primer bir yapıda kalarak, daha savunmacı ve tepkisel olacağına vurgu yapar. Kohut, seans odasında da terapist ve danışan arasında oluşacak kırılmalarda, terapistin olgun narsisizminin önemine vurgu yapmaktadır. Kuramlara genel olarak baktığımızda terapistin kendi ruhsal durumunun terapi sürecinin verimliliği açısından çok önemli olduğunu söyleyebiliriz. Sağlıklı bir bakım verenin çocuk üzerinde olumlu etkisi olduğu kadar sağlıklı bir terapistin de danışan üzerinde olumlu etkisi vardır. Eski bir vecize kitabı der ki; hiçbir hasta terapistinin iyileştiğinden fazla iyileşemez (Schore, 2023). Terapistlere, içe dönmek ve danışanlar kadar kendi narsisizmleri hakkında farkındalık sağlayabilmek için çeşitli kuramsal yaklaşımların bakış açılarını sunmayı amaçlamaktayız.

Psikoterapistin Narsisizmi ve Terapi Sürecine Etkisi

Terapistlerin mesleklerini seçme nedenleri incelendiğinde birçok farklı değişken ortaya çıkmaktadır. Terapist olma kararı rastgele verilmiş bir karardan çok terapistin mizacının, aile yapısının ve savunmalarının bir sentezidir. Çocukluk yaşamlarından itibaren genelde ebeveynlerine bakım verme görevini üstlenmek durumunda kalmış, evdeki rollerin tersine dönmesi nedeniyle çevresindekilerin duygularına ve ihtiyaçlarına karşı hassasiyet geliştirmiş terapistler, kendilerini iyileştirme ihtiyaçlarını başkalarına yardım etme güdülerinden karşılayabilirler (Cozolino, 2019).

Güdülenme sistemlerine göre bakım vermek, sadece annenin değil bebeğin de anneye yaptığı bir güdüdür ve gelişim için çok önemli bir yerdedir. Türk kültürünü incelediğimizde kurtarıcı rolü çok önemli bir yerdedir. Çocuk, aile içerisinde aile fertlerine bakım vermeye çok erken başlar. Türkiye kültüründe bu yapı çocukluk döneminden başlayıp artarak devam edebilmektedir. Çocuğun, aile fertlerine bakım vermesi, kurtarıcı rolüne girmesi ve yaşam motivasyonunu bu sistem üzerine kurması olağandır. Bir taraftan kendi çocukluğunu onarmaya çalışan terapist, bir taraftan da çevresine bakım vermek üzerine motivasyon içerisinde olmaktadır. Ötekine endeksli bu bakım verme motivasyonu, patolojik bir narsisizmin dinamiklerini taşımaktadır.

“Zor danışanlar” deyişi psikoterapi literatüründe kendine oldukça fazla yer bulmuştur. Bu yaklaşım odağını danışanın ve danışanın problemlerini çözenin üzerine yerleştiren, karşı aktarımı bozucu bir yerde değerlendirerek terapisti yalnızca danışanı yansıtan bir ayna olarak gören tarihsel bakış açısının bir özeti gibi popülerliğini yitirmemiştir.

Tarihsel bakış açısı, Freud’un ortaya koyduğu klasik psikanaliz ekolüyle temelleri atılan, sonrasında gelişen davranışçı ve bilişsel ekolleri de kapsayan tek kişilik terapilerin görüş ve anlayışlarını yansıtmaktadır.

Tek kişilik terapiler kişinin iç dünyasına ve zihinsel yapısına kişiye ait kalıcı ve değişmez bir yapı olarak bakan ve oradaki psikopatolojiyi düzeltme iddiasında bulunan kuramları barındırır. Bu kuramlara, tamir eden ve edilen, gözleyen ve gözlenen, bilen ve bilmeyen bağlamları açısından bakmak mümkündür (Özakkaş, 2018). Freud hastanın gerisinde her şeyi bilen, hükmeden, değerlendiren ve bulduğu bulguları da konuşmayla, yorumla hastaya anlatan, sorularla açıklığa kavuşturan, çağrışımla dinleyen, bilgi ve yorumlamalarla hastanın değişeceğini ve iyileşeceğini düşünen bir kuramsal sistemi uygulamıştır (Özakkaş, 2018). Freud’un ortaya koyduğu Klasik Psikanaliz ve gelişen Davranışçı, Bilişsel ekollerde terapistin rolü nötr bir nesne olarak danışanın dinlemek ve sorunlarına çözüm bulmaktır. Terapist karşı aktarımını çözümlenmek ve terapistin hissettiklerine odaklanmak ikinci plandadır ve bu noktalar daha baştan bozucu kabul edilir. Önemli olan danışanın sorunları ve hissettikleridir.

Tek kişilik terapi ekollerinden sonra klasik psikanalizin takipçilerinden Heinz Kohut; danışanın problemlerinden çok ihtiyacını görebilmeyi ve karşılayabilmeyi önceleyen, terapistin aktif rol aldığı, karşılıklı etkileşimsel ve deneyimsel ilişkinin hâkim olduğu çift kişilik terapi ekolünün köklerini salmıştır. Bu yeni ekol psikoterapi tarihinde çığır açmıştır. Aktarım ve karşı aktarım bozuculuktan çıkmış hatta ihtiyaç duyulan temel dinamikler haline gelmiştir (Levenson, 2017).

Kohut, şimdi ve burada ilkesine dayanarak terapist ve danışan arasında gerçekleşen andaki deneyim üzerinden danışanın değişiminin sağlanmasını amaçlamıştır (Özakkaş, 2018). Bahsi geçen deneyime terapistin katkısı, gözlemi ve aktif katılımı vardır. Bununla birlikte deneyimi asıl gerçekleştirecek kişi danışanın kendisidir. Terapistin bu aktif duruşu için gerekli olan ve içe dönebilme becerisini engelleyen narsisistik yapılanma, terapistin hem kendi duruşunu kontrol edememesine sebep olmakta hem de danışanın savunmalarına karşı onarıcı duruşunu zayıflatmaktadır. Luis Cozolino “Terapist Olmak” kitabında şöyle der; “Terapistin becerisi, kendi içsel yolculuğuna çıkacak cesareti kadardır” (Cozolino, 2019). Yaşanacak kırılmalara tahammül etmek ve onarmak terapistin olgunluğuyla mümkün olacaktır.

Heinz Kohut Kendilik Psikolojisi:

Kohut’un kuramına göre kendilik, kişiliğin çekirdeğidir ve doğuştan getirilen faktörler ile çevresel deneyimlerin sonucu şekillenen bir yapıdır (Okay ve Canel-Çınarbaş, 2021). Deneyimsel olarak gelişir ve bunda çevrenin önemli etkisi vardır. Kendilik Psikolojisi kuramına göre bebek, bakım verenlerle ilişki kurma ve kendiliğini oluşturma potansiyeli ile dünyaya gelir. Bir bebeğin kendilik gelişimi; doğuştan getirdiği potansiyeller (fizyolojik özellikler, mizaç özellikleri) ile bakım verenlerinin bu potansiyele karşı tepkileri arasındaki etkileşimler sonucunda oluşur. Bakım veren ve bebek arasında kurulan bu ikili ilişki sonrasında yaklaşık iki yaş civarındayken çekirdek kendilik oluşumu gerçekleşir.

Kohut’un ortaya çıkardığı Kendilik kuramında narsisizm insan gelişimindeki temel unsur olarak ele alınmıştır (Okay ve Canel-Çınarbaş, 2021). Narsisizm, çocuğun bakım verenleriyle yaşadığı deneyimlere bağlı olarak sağlıklı veya patolojik hatta gelişmektedir. Gelişimsel boyutta çocuk dünyaya geldiği ilk yıllarda ben merkezidir. Görülmeyi, sevmeyi, ihtiyaçlarının karşılanmasını, dünyanın isteklerine göre şekillenmesini arzular. Büyüklemeçi fantezileri mevcuttur ve yaptığı küçük büyük her şeyin görülüp alkışlanmasını, onaylanmasını bekler. Bebeğin etrafındaki bakım vericilerin bu

istek ve ihtiyaçları karşıladıkları, kendilik nesnesi işlevlerini yeterince yerine getirdikleri ve çocuğun başarılarını onayladıkları duruma birincil aynalanma desteği denir (Özakkaş, 2018). Çocuk, bu aşamada birincil aynalanma desteğini yeterince alırsa ve ihtiyaçları karşılanırsa olgunlaşır, coşkuyla gelişimine devam eder. Fakat çevresinde ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilecek, kendilik nesnesi işlevi görececek birileri yoksa çocukta bu aşamada birincil aynalanma eksikliği gerçekleşir ve çocuk bu ihtiyaçlarının karşılanmasını arzu eden bir yerde primer narsistik yapıda kalır.

Birincil aynalanma eksikliği bulunan ve bu ihtiyaçlarının karşılanmasını arzulayan bir terapist; danışanı ile empati kurmakta, danışanın ihtiyaçlarını algılamakta zorluk çekebilir, danışanı tarafından görülmeyi, değer görmeyi, sevimliyi öncelikle danışanın uyumsuz ve olumsuz örüntülerini yorumlamaktan uzaklaşabilir. Bu durumdaki bir terapistin danışanına karşı gerçek olması ve kendi içine dönmesi zor olabilir.

Güçlü bir öteki ile özdeşim kurma, onun kanatları altında hissetme, onun parçası olma, dolayısıyla onun gücü altında kendini güvende hissetme ikincil aynalanma desteği olarak açıklanabilir. Çocuğun korku, kaygı ve stres gibi duygulanımlarda güvende hissetmesini sağlayacak, korunduğunu, kolladığını ve sahiplendiğini hissettirecek bir ötekiye ihtiyacı olarak tanımlanabilir. Çocuk narsistik yatırımının yönünü kendisinden çevirip idealize ettiği, daha güçlü bir ötekiye yönelir. İdealize ettiği nesnelere kanatları altında var olur. Çocuk kendisinin mükemmel olduğunu hissetmek isterken aynı zamanda karşısında mükemmel bir ötekini görebilmek ve onu idealize edebilmek ister. Bu aşama Kohut'un tanımladığı ikinci kutbu oluşturur (Okay ve Canel-Çınarbaş, 2021).

Çocuk; zamanla ve hayatın gerçekliği nedeniyle her istediğinin mükemmel ve tam olarak karşılanması mümkün olmadığından kırılmalar yaşar. Bu kırılmaların çocuğun kaldırabileceği ve kapasitesine uygun ölçüde gerçekleşebilmesi sağlıklı bakım verenlerin varlığına bağlıdır. Bakım verenlerin yerinde ve yeterli kırılmalar yaşatması ve kararında onarımla narsizm, olgun bir hal alır ve kişiye gelişimi için enerji sağlayan sağlıklı bir yapıya dönüşür.

Narsistik örüntüde terapiye gelen bir danışan, kendi narsizmini besleyebilmek için karşısında her türlü olumsuzluğu aşmış, mükemmel, tümgüçlü bir terapist görme motivasyonunda olabilir. Terapist kendi narsizmini olgunlaştırmamışsa danışanın idealize nesnesi konumunu kabul edebilir ve sürdürebilir. Bu durum terapisti yüceltirken terapi sürecinde danışanın ihtiyacı olan kırılma ve onarımı yaşayamamasına neden olabilir.

Kohut, kendilik nesnesi yokluk veya yetersizliğinden kaynaklı olarak kendiliğin zarar görmesi durumunu travma olarak adlandırmıştır (Özakkaş, 2018). Çocukluk döneminde yaşanan eksiklik ve yokluklar kritik önemde olsa da bireyin hayatının sonraki dönemlerinde yaşadığı farklı kendilik nesnesi deneyimleri de psikopatolojiyi olumlu ya da olumsuz etkileyecek bir etkiye sahip olabilmektedir.

Kohut, bir bebeğin doğumdan itibaren fiziksel olarak var olabilmek adına yemek, su ve oksijene ihtiyaç duyduğu gibi, psikolojik olarak var olabilmek adına da bakım verenleriyle (kendilik nesnelileriyle) yaşadığı deneyimlere ihtiyaç duyduğunu vurgulamıştır (Okay ve Canel-Çınarbaş, 2021). Kendiliğin oluşmasını ve süreğen bir yapı içerisinde var olabildiğini sağlayan bu deneyimlere Kohut kendilik nesnesi deneyimleri, çocuğun bu deneyimlere yönelik ihtiyaçlarına ise kendilik nesnesi ihtiyaçları adını vermiştir (Okay ve Canel-Çınarbaş, 2021).

"İnsan nasıl oksijensiz bir atmosferde fiziksel olarak hayatta kalamazsa, kendisine eşduyumlu yanıtlar vermeyen bir psikolojik ortamda da psikolojik olarak hayatta kalmaz. Nasıl oksijensiz bir atmosfer ve sıfır dereceye yakın bir sıcaklık, insanın fizyolojik yanıtlarının en doğru bir biçimde ölçülebildiği fiziksel ortamı sağlamazsa; duygusal yanıtlar vermeme, sessizlik, veri toplayıp yorum çıkaran bilgisayar benzeri gayri insani bir makine olmayı sağlamak da insanın psikolojik yapısının normal ve anormal unsurlarının en az çarpıtılmış tarifine ulaşmak için gerekli psikolojik ortamı sağlamaz" (Kohut, 1998).

Kendilik nesnesi işlevi karşılıklı bir işlevi barındırır. Anne çocuğuna kendilik nesnesi işlevi görünürken çocuğu da annesi için kendilik nesnesi işlevini yerine getirebilir. Bu görüş terapi ortamında terapist danışan ilişkilerini yeniden yorumlamayı beraberinde getirir. Anne çocuğun fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılar, çocuk ise annesine yardımcı olarak psikolojik destek vererek kendilik nesnesi işlevi görür. Terapide bakım veren rolünde bulunan terapistlerin, kendilik nesnesi işlevlerini yerine getirememesi ve danışanın, terapisti için kendilik nesnesi işlevi görevi görmesi terapistin narsistik yapılanmasının sonucu olabilmektedir.

Terapistin narsistik kırılmalara karşı geliştirebileceği tutum çok önemlidir. Terapistin kendi narsistik yapısı, özellikle aktarım ve karşı aktarım duygularını kontrol edebilmesini zorlaştırabilir. Bu durum, terapistin kendini açmasının zamanı, yeri gibi etmenleri doğrudan etkileyebileceği gibi müdahale ölçüsünü de bozabilir. Bu durumda danışanın narsistik kırılma yaşamasına karşılık terapistin daha çekimsiz olabileceğini söyleyebiliriz. Böylelikle ilişkideki gerçeklik yeteri kadar sağlanamayacağı gibi, terapötik süreç de olumsuz etkilenebilir.

Terapist kendi narsistik sorunlarını çözemediği durumda danışanlarını bilinç dışında narsistik tatmini için kullan-

bilir ve bu durumda ruhsal sağaltım danışanın sorunlarını çözmekten çok terapistin büyüklüğünü, üstün becerilerini, eşsizliğini kanıtlayan bir alana dönüşebilir (Pulat, 2023).

Masterson Terk Depresyonu Kuramı:

Masterson'ın Terk Depresyonu kuramına göre füzyon; kişinin dünyayı kendi kafasındaki gibi görmesi ve algılamasıdır (Özakkaş ve Çorak, 2018). Narsisistik yapının en önemli kavramlarından biri olan füzyon, Masterson ekolünde bebeğin bakım vereninden ayrılamayan simbiyotik yapısına vurgu yapar. Fiziksel olarak ayrışma sağlanmış olsa da ruhsal olarak zihinler yeterince ayrışmadığında bebek ayrı bir varlık değil de annenin uzantısı olur. Annenin çocuğun ihtiyaçlarını empati kurarak, hissederek değil; kendi kafasındakine göre belirlemesi ve beklentide olması çocuğun ayrışmasına engel olur. Örnek olarak; üşümüştür, acıkmışsındır, doymamışsındır, uykun gelmiştir gibi beklentiler yetişkinlikte de devam eder.

Kuram perspektifinden baktığımızda terapistin de danışanına yaklaşımı benzer dinamiklerde gerçekleşebilir. Danışanın ihtiyacından çok kendi ihtiyacına ve kafasındaki danışana göre hareket eden bir terapistin terapötik sürece zarar vereceğini söyleyebiliriz. Masterson'a göre; terapist, hastaya karşı tutarlı, olumlu ve destekleyici tavrını koruyan "gerçek" bir insan olmak zorundadır. Böyle bir terapist hastaya içselleştirebileceği uygun dışsal bir nesne sağlamak için hastanın bireyleşme hareketlerini destekler (Masterson, 2014).

Masterson'a göre narsisizm, kaynaşmış nesne ilişkileri birimleri olan libidinal ve saldırgan birimlerden oluşur (Özakkaş ve Çorak, 2018). Çocuk bakım vereninden yeterli desteği alamadığı koşulda, kendilik aktivasyonu geliştirebileceği bir ortam bulamadığı gibi "gerçek olmak" çocuk için terk depresyonuna yol açan bir tehdit unsuru olur. Çocuk bakım verenlerinin beklentilerini karşılamadığında, onların zihinlerindeki gibi olmadığında değersiz, değersizleştiren, saldırgan, aşağılayıcı, katı bir nesne temsiline karşılık; yetersiz, parçalanmış, değersiz, dağılmış bir kendilik temsiline merkezde olduğu saldırgan birim oluşur. Masterson terminolojisinde bu temsillerle bağlantılı duygu durumu; terk depresyonu ile hissedilen utanç, aşağılanma, boşluk ve dağılımdır (Özakkaş ve Çorak, 2018).

Çocuk bakım verenlerin beklentilerini karşıladığında ve onların zihinlerindeki tasarıma uyum sağladığında ise her şeyi bilen, mükemmel, büyük güç ve narsisistik kaynakları elinde tutan bir nesne temsiline karşılık üstün, mükemmel ve çok zeki kendilik temsili oluşur. Bu birimdeki bağlantılı duygu özel, muhteşem, eşi olmayan, hayran olunan ve çok yetkin hissetmektir (Katz, 2012).

Kendi savunmalarını ve sorunlarını ayrıştırabilen ve çözüm üretebilen sağlıklı bir terapist danışanın ayrı bir bedende, zihinde ve duyguda olduğunu ayrıştırabilir, danışanın farklılıklarını anlamakta daha esnek bir tutum sergileyebilir. "Genellikle narsisistler farklı bir bakış açısını kendilerine saldırı gibi deneyimlerler" (Pulat, 2023). Terapistin narsisizminin aktif olduğu durumda bu farkındalıklar ve ayrıştırmaları yapabilmek terapisti zorlayabilir.

Masterson'a göre narsisistik kişinin kendilik aktivasyonu sergilediği yerde (gerçek kendiliği aktive etme girişimleri) savunmaya yol açan terk depresyonu ortaya çıkar. Ayrılma-bireyleşmeye ve gerçek olmaya giden yolda narsisistik nesne ilişkilerinin saldırgan birimi aktifleşir. Bu yıkıcı duygulara karşı libidinal birim savunma olarak kullanılır ve savunmacı birim ortaya çıkar. Narsisizmde ortaya çıkan genel savunmalar; kaçınma, inkâr, develüasyon, diğerlerini kabul etmemektir.

Terapistin narsisizmi Masterson ekolü ile ele alındığında, terapistin danışanı ile ilişkisinde olumsuz karşı aktarımı yorumlamada güçlükler gerçekleşebilir; terapi süreci ise eleştiri ve öfkenin dışlandığı, sadece iyi ilişkilere izin veren bir iş birliğine dönüşebilir. "Terapistin aşırı yönlendirici ve onaylayıcı tutumları hastada ödüllendirici nesne ilişkileri birimini pekiştirerek büyüme ile gelişimin yani terapinin ilerleyişinin durmasına neden olur. Bu durum hastanın çocukluk yıllarında ailesiyle yaşadığı deneyimlerin bir tekrarı olan acımasız bir aldatmacadır. Yani hastanın iyiliği için bir şeyler yapıyormuş gibi görünen ve böyle varsayılan otorite figürü aslında hastaya en büyük zararı vermektedir" (Masterson, 2014).

Ayrılma ve bireyleşme sürecinde güçlükler yaşayan, kaynaşmış simbiyotik nesne ilişkileri mevcut olan terapistler terapi sürecini danışanını kendisine bağımlı kılacak bir biçimde etkileyebilir. "Hastanın çocukluğunda bir şeylerden sürekli olarak yoksun kalmış olması o kadar esaslı o kadar derindir ki ve terk edilmişlik hisleri o kadar acı vericidir ki tıpkı çocukluğundaki gibi yeniden birleşme hayallerini doyuma ulaştırabilmek için ve bunu yaparken aynı zamanda da terk edilmenin acısından kaçınmak için hasta her şeyi feda edebilir, ilerleme olmamasına rağmen terapiye yıllarca gelmeye devam edebilir" (Masterson, 2014).

"Masterson'a göre ayrılma bireyleşme girişimleri yeterince desteklenmeyen çocuklar, ebeveynlerinin tayin etmiş oldu-

ğu bir çeşit anlaşmayı yerine getirir. Bu anlaşma temel olarak onay alma ve kabul edilme amaçlı, utandırılmaktan ve bir kusur olarak görülmeyle uzaklaşmak için çocuğun uymak zorunda olduğu ve örtülü bir biçimde bildiği bir yoldur" (Katz, 2012). Masterson bu durumu "sahte kendilik" terimi ile açıklar. Ayrılma-bireyleşme girişimleri bakım verenleri tarafından yeterince desteklenen çocuklarda ise sağlıklı bir biçimde gelişen gerçek kendilik aktifliğini korur.

Masterson'un narsisizme yaklaşımı çerçevesinde değerlendirildiğinde, "terapistin narsisizmi", terapisti gerçek kendilik ve kendilik aktivasyonunu göstermekten uzaklaştırması, sahte kendilikte kalmayı güvenli bulmaya itmesi üzerinden ele alınabilir.

Sağlıklı bir kişinin narsisizmi, gelişim dönemleri boyunca büyülenmeci yapının gelişime uygun olarak sönmeye ve gerçeklikle uyumlu hale gelmesiyle birlikte kişide varlığını sürdürür. Bu sağlıklı narsisizm, gerçek kendilik için bir aktivasyona geçildiğinde o aktivasyonu gerçekleştirebilme enerjisini sağlayan bir güce dönüşerek işlevselleşir (Katz, 2012). Gerçek kendiliğin işlevleri; a) Bireyin hayal kırıklığı ve beklentilerinin olmaması karşısında duygularını düzenleyebilmesi. b) Kişinin zaman zaman çevresi tarafından onaylanmasa bile hayatta sahip olduğu veya olamadığı, başarılı olduğu ve olamadığı şeyleri bilme, farkında olabilme, kabul edebilme yetisi. c) Kişinin kendi kendini aktive edebilme yeteneği, kendi isteklerini diri tutabilme ve bunları gerçekten yerine getirebilme becerisidir (Katz, 2012).

Bu işlevler terapi odasında terapistin danışanıya kurduğu ilişkiyi doğrudan etkileyen özelliklerdir. Gerçek kendiliği aktif, sağlıklı bir narsisizme sahip olan bir terapist; danışanı ile yeni ve farklı ilişkiler yaşamaya açık, zor aktarım ve karşı aktarım duygularını düzenleyip yorumlayabilecek, danışanın olumsuz aktarım duygularına karşın kendi ruhsal bütünlüğünü koruyabilecek ve danışanıya kriz yaşamaktan kaçınmayacak cesareti gösterebilir.

Terapistin psikolojik olgunluğu danışanıya olan terapötik ilişkisinde çok önemli bir yere sahiptir. Danışan terapistle uyumlanma, yapılaşma savunmaları geliştirdiğinde bu durum terapistin narsisistik yapısına iyi gelebilir. Terapistin narsisistik yapısının yansımaları cezalandırıcı bir konumda da olabilir. Terapist kendi duygularını yatıştırmadığı durumlarda kötü duyguyu danışana yansıtabilir. "Yapılacak yüzleştirme tamamen hastanın menfaatine olmalıdır. Aksi takdirde, dinamik yapıda kendiliğinden içkin olan otoritenin yerini terapistin otoritesi alır ve başarılı bir yüzleştirme olabilecek bu durum, terapistin lehine bir manipülasyon haline gelir. Terapistin bu tehlikeye karşılık alabileceği başlıca önlem, kendi duygu durumlarının ve narsisizminin derecesinin farkında olmasıdır. Terapist, yüzleştirmenin, narsisizmini hoşnut edecek kendi duygularından kaynaklanmadığından ancak bu durumda emin olabilir" (Masterson, 2014). Danışanın negatif duygularının düzenlenebilmesi için terapistin karşı aktarım duygularını kendi duygularından ayırarak yorumlayabilmesi gerekir.

Aktarım Odaklı Terapi:

Otto Kernberg ortaya koyduğu Aktarım Odaklı Terapi ekolünde narsisistik kişilik bozukluğuna özel bir çalışma alanı ayırmış ve narsisizmi işlevsellik düzeyine göre büyülenmeci(kalın derili) ve kırılmalı(ince derili) narsisistik kişilik bozukluğu olarak tanımlamıştır. Narsisizm için geliştirilmiş aktarım odaklı terapi, bireyin içsel dünyasını oluşturan zihinsel temsillerin hem kendilik hem nesne kutuplarıyla (yani büyülenmeci kendilik/değersizleştirilmiş öteki; kırılmalı kendilik/idealize edilmiş öteki ile) olan özdeşimini vurgulamaktadır.

"Terapistin, narsisistik kişinin dayanılmaz biçimde develü edilmiş savunmasız yönlerinin yansımalarını kapsamaması özellikle önemlidir. Bu kapsama, yansıtmanın savunma işlevlerini yorumlamanın ilk adımıdır. Yansıtma içinde yorumlama, hastaya meydan okumadan veya hastanın gerekçeleri veya içsel dünyasıyla herhangi bir ilgisi olduğunu öne sürmeden, hastanın terapist veya başkaları hakkındaki deneyimini şu anda netleştirmeyi içerir" (Kernberg, 2022).

"Patolojik narsisizmi olan hastalarda, terapist hastanın deneyiminde değersizleştirilme duygusunu tolere etmeli ve tepki verme dürtüsüne direnmelidir. Eleştiriye ve değersizleştirilmeye tahammül ederek üzerine çalışabilmek önemli bir terapötik müdahaledir. Bu, herhangi bir kusurun çöküşe eşdeğer olduğunu hisseden hastanın yapamadığı bir şeydir" (Kernberg, 2022).

Terapistin narsisistik savunmaları, nötraleiteyi bozarak kendi duygusunu danışana yansıtmasına neden olabilir. Danışandan gelen kötü duyguyu düzenleyemeyen terapistin "bu durum sizinle alakalı olabilir mi" gibi savunmacı bir duruşa geçmesi, terapist ve danışan arasında dönüştürücü bir deneyim yaşanmasına engel olabilir.

Nörobiyolojik Kuram:

Allan Schore ortaya koyduğu Nörobiyolojik kuramda; çocuğun, birincil bakıcısı ile arasındaki bağlanma ilişkisinde gerçekleşen düzenli ve düzensiz duygulanım etkileşimlerinin, çocuğun beyninin deneyime bağlı olgunlaşma sürecine ve özellikle erken dönemde gelişen sağ beynine etkilerini nörobiyolojik araştırmalarla (EEG, MRI) açıklığa kavuşturmuştur. Anne ve bebek ilişkisinde gerçekleşen duygulanım etkileşiminin bir benzeri seans odasında terapist ve danışan arasındaki terapötik ilişkide gerçekleşmektedir.

Birincil bakıcı her zaman bebeğe uyumlu değildir. Gelişimsel araştırmalar ikilinin arasındaki ilişkide sık sık uyumsuzluk anları yaşandığını, bağlanma ilişkisinde kırılmalar olduğunu göstermektedir. Gelişimin erken evrelerinde, özellikle de bir durum bozulduktan hemen sonra ve iki durum arasındaki geçiş süreci sırasında bebeğin içsel durumlarının ayarlanması ve düzenlenmesi büyük ölçüde bir yetişkin tarafından yapılır ve bu şekilde bebeğin kendilik düzenlemesi gelişir. Burada da anahtar nokta yine bakıcının kendi duygulanımını, özellikle de negatif duygulanımını takip edebilme ve düzenleyebilme kapasitesidir (Schore, 2012).

Burada anahtar faktör bakıcının kendi duygulanımlarını izleyebilme ve düzenleyebilme kapasitesidir (Schore, 2012). Bakım veren ve bebek arasında gerçekleşen nörobiyolojik gelişimsel döngülerin bir benzeri seanslarda terapist ve danışan arasında gerçekleşmektedir. Bu açıdan terapistin duygularını düzenleyebilme, stresi yatıştırabilme, uyumlanamama döngülerini onarabilme becerilerine sahip olması danışanın biyopsikososyal gelişimi bakımından birincil öneme sahiptir.

Danışan, travmatik duygu ve hatıralarını, terapistle olumsuz aktarım veya yansıtımlı özdeşim yaparak ilettiğinde bu, terapistin problemleri olan kendi bağlanma örüntüleriyle eşleşebilir (Schore, 2023). Eğer terapist, ortaya çıkan olumsuz duyguları düzenleyemezse sözel bir yorum, aceleci bir müdahale ya da danışanın duygusunu "direnc" gibi olumsuz bir şey olarak etiketlemek suretiyle kaçmaya çalışacaktır. Bu yaşandığında terapist, danışanın travmasının yeniden yaratılmasına katkı sağlayanlardan biri olur ve danışan korku, utanç ve dissosiyasyondan oluşan duygusal düzensizlik haline fırlatılır (Schore, 2023).

Bu durumda danışanın eski travmasından kaynaklanan nöral devre ağı ve savunmacı çalışma modelleri pekişecek ve güçlenecektir (Schore, 2023). Her terapist kendi olumsuz duygularını kapsayamadığı ve hem danışanın hem kendisinin tetiklendiği zamanlar yaşayacaktır. Karşılıklı uyumlanmama dönemleri, geçici oldukları, terapistin kendi duygularını düzenleyemediği durumlarda kendi rolünü dürüstçe sahiplendiği ve onarımı teşvik ettiği sürece hasara sebep olmayacaktır (Schore, 2023).

Uyumlanmama ve yeniden uyumlanma döngüleri düzeltici duygusal deneyimler için imkân sunarlar. Bu döngüler her uyumlanmama durumunun terk edilme ya da ihmal öncülü olmadığını ve bağ, stresli bir şekilde koptuğunda bile önemseyen bir ötekinin etkileşimi düzenlemesinin sahici bir onarım için elverişli olduğunu hastaya gösterirler (Schore, 2023).

Tartışma

Literatürde genellikle belli kişilik bozukluklarıyla gelen danışanlarla başa çıkmaya çalışan terapistler ele alınır, fakat terapistlerin psikopatolojisi hakkında çok az çalışma bulunmaktadır. Terapötik ilişki (therapeutic relationship) veya terapist-danışan ilişkisi formal olmanın yanında insan olmaktan kaynaklanan unsurları da içinde barındıran, karşılıklı etkileşime dayalı, kapsamlı, karmaşık ve özgün bir nitelik taşımaktadır (Corsini JC., Wedding D. 1986, Gelso CJ., Carter JA. 1994, Patterson E., Welfel ER. 2000, Xiangyi C., 2009).

Terapistin kendi yaşantısı çoğunlukla terapötik süreçteki etkileşim sırasında ortaya çıkmakta ve danışma sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kendi yaşamında kayıpları ve çelişkileri olan terapistlerin, terapötik süreçte kendi sevgi ihtiyaçlarını danışanları ile giderme eğilimine girebildikleri belirtilmektedir (Coleman E, Schaefer S., 1986). Terapistlerin kendi narsistik, büyüklenmeci ihtiyaçlarını danışanları aracılığıyla giderme eğilimi psikoterapi sürecinin bozulmasına, hatta kötüleşmesine neden olabilir.

Profesyonel kimliğinin yanı sıra bir birey olarak terapistin çeşitli sorunlarının olması ve bu sorunlarının hem bireysel hem de profesyonel yaşantısını etkilemesi kaçınılmazdır. Terapötik süreçte temelde danışanların ihtiyaçları öncelikli olsa da terapistlerin de ihtiyaçlarının ortaya çıkabildiği ve bu ihtiyaçların bazen terapötik süreci olumlu yönde beslemesine karşın bazen de karıştırıcı veya engelleyici olabildiği görülmektedir. Basit bir anlatımla kendini tükenmiş hisseden, kendi kişisel sorunlarından ötürü gergin olan bir terapistin yeterli düzeyde etkili olabilmesi ve süreci terapötik hedefler doğrultusunda yürütebilmesi çok kolay değildir (Johntson SH. 2001; Ljungberg KL., 2006). Örneğin; terapist, danı-

şanın değersizleştirilmesi karşısında yetersizlik, sıkışmışlık hissetme ya da hor görülme veya fazlasıyla idealize edilme deneyimiyle cezbedilme, büyüklenme gibi güçlü karşıt aktarımsal tepkileri ortaya çıkarabilir. Böylelikle patolojik narsisizme sahip bireylerin tedavilerinde sebep olabilecekleri karşı aktarım baskıları, çıkmazlara, canlandırmalara, tedaviyi erken ya da aceleci bırakmalara veya tedavilerin çok az iyileşme ile sonsuzca uzamasına neden olur (Otto F. Kernberg, 2022).

Terapistlerin, kendi yaşantılarının terapötik sürece taşınmasını engelleyebilmeleri için, terapi sürecinde kendilerini ne ölçüde ve ne şekilde açtıkları ile ilgili farkındalıklarının özellikle yüksek olması gerekmektedir (Coleman E, Schaefer S., 1986).

Terapistin; terapötik süreçte kendini yeteri kadar açmaması çok fazla açmasından daha riskli bir durum olabilir. Terapist ya kendini gerçekten açmalı ya da hiç açmamalıdır. Terapistin gerçek duygularıyla baş edebilmesi zor olabilir. Bu durum bazen susarak, bazen de konuşarak gerçekleşebilir. Terapistin anda yaptığı müdahalenin danışanın ihtiyacına göre olması çok önemlidir. Bu ihtiyacı terapist, kendi ihtiyacından ayırabilmesi ve dengeleyebilmelidir. Terapistin kendini açmasının gerçek bir şekilde ortaya koyması danışan için dönüştürücü olacaktır. Terapistin dürüstçe kendini açması, danışanı gerçek bir ilişki kurması anlamına gelmektedir. Bu gerçek ilişkinin güçlendirilmesi için terapistin içten olması, danışana gerçek bir resim sunması, onunla kurduğu ilişkide gerçekçi tarafta yer alması gerekmektedir. Terapistin içtenlik ve gerçekçilik temelinde kendini açması, terapistin olumlu sonuçlanmasına hizmet edecektir (Ain, S., 2008).

Sonuç

Bir terapistin, travmasını terapistte yansıtan ve duygularını düzenleyemeyen bir hastayla terapi odasında kalabilmesi terapistin uzun yıllara yayılmış bir deneyime sahip olmasını gerektirir (Schore, 2023).

Daha da önemlisi terapistin kendi travmasını derinlemesine çalışmış ve çalışmaya devam ediyor olması gerekir. Başarılı bir terapötik ilişki yalnızca hastanın değil terapistin de duygusal gelişimine sürat kazandırır (Schore, 2023).

“İyi bir terapist mükemmel olan değildir; sadece kendini bitmek bilmeyen kişisel keşfe ve bir ömür süren öğrenmeye adanmış olandır” (Cozolino, 2019).

Psikanaliz zaman içerisinde; Ego Psikolojisi, Nesne İlişkileri kuramı ve Modern Nesne İlişkileri kuramı, Masterson Terk Depresyonu kuramı, Nörobiyolojik kuram ve Kendilik Psikolojisi gibi kuramlar ile zenginleşmiştir. Her ekolün kendisine ait enstitüsü ve aşamalı uzun soluklu eğitim programı vardır. Üniversite eğitimi temel eğitim olarak kabul eden bu enstitüler yıllar süren eğitim ve süpervizyon süreçleri ile psikoterapist yetiştirmektedir.

Türkiye’de ise psikoterapist olma yolculuğunun derin boşluklar içerisinde olduğunu söyleyebiliriz. Farklı kültürlerde ortaya çıkmış psikoterapi kuramlarına ulaşmak ve eğitimi almak, psikoterapi alanının tam olarak kabul edilmediği ülkemizde zor olmaktadır. Psikoterapist olmak isteyen adayların üniversitede öğrenilen temel eğitimin üzerine eğitim almak için yeteri kadar imkân ve farkındalığı bulunmamaktadır. Genellikle bu durum, Avrupa ve Amerika’da çok yaygın olan bu kuramların yeterince öğrenilememesine yol açmaktadır. Ülkemizde psikoterapist olma yolculuğunun, öncelikle “kendi sürecinden geçmek” olduğu anlayışı okullarda öğrenilse de gerek imkân gerek koşullardan dolayı yeterli farkındalık ve olgunluk oluşmadan psikoterapi sürecine başlanıldığını söyleyebiliriz.

Bu durum narsisistik problemlerini çözülmemiş terapistlerin hizmet vermesine yol açmaktadır. Yeterince eğitim ve farkındalık sürecinden geçemeyen terapistin narsisistik savunmalar içerisinde olması kaçınılmazdır. İyi bir terapist olmak, öncelikle bireylerin olgun narsisizme geçmelerini gerektirmektedir.

Akhtar’a göre terapist kendi narsisistik eğilimlerini aşmış olmalıdır (Akhtar, 2016). Narsisizmini aşmış olmak terapi sürecinde gerçekçi olmayan beklentiler içine girmekten terapisti alıkoymakla birlikte terapistin şüphelendiği veya zorlandığı durumlarda denetim almasına olanak verir (Akhtar, 2016).

Primer narsisizmde kalan terapistin;

1. Danışanı tam olarak anlayabilmesi zor olabilir; çünkü danışan, terapistin kafasındaki gibi bir danışan olmak, o kalıba uymak ya da seansı bırakmak zorunda kalacaktır.
2. Terapistin büyüklenmeci; iyileştirici, hak bilen, güçlü hali, danışanın narsisizmine iyi gelerek danışıklı (sen büyüklen ben de sana uyumlanayım) bir döngüye neden olacaktır. Yani “iyileştiririm” diyen, tüm güçlü bir terapist, danışanın “iyileştirirsin ben de senin büyüklenmeci parçanım” demesine ve sahte iyileşmesine neden olabilir,



3. Kendi ihtiyaçlarına odaklanan terapistin varlığında, verici (ilişkilerinde vererek var olan, diğer taraftan ilişkiyi kontrol eden) bir döngüde gelen danışan terapistine bakım vererek kendi hayatındaki uyumsuz döngüyü devam ettirebilir. Danışan sahte motivasyon geliştirip, gerekirse semptomundan vazgeçerek terapistin ihtiyacını karşılayabilir. Bu durumda gerçek bir iyi gelmenin olması gerçekçi değildir. Çünkü danışan kendi hayatında olduğu gibi kendinden vazgeçerek verici davranıp zorda kalan terapistin yardımına koşabilir.
4. Terapistin narsistik savunmaları, nötraliteyi bozarak kendi duygusunu danışana yansıtmasına neden olacaktır. Danışandan gelen kötü duyguyu düzenleyemeyen terapistin "bu durum sizinle alakalı olabilir mi" gibi bir savunmacı duruşa geçecektir. Bu durum terapist ve danışan arasında dönüştürücü bir deneyim yaşanmasına engel olabilir.
5. Özellikle kültürümüzde Psikoterapi alanının bilinmemesi nedeniyle terapistin duruşu genellikle doktor (iyileştiren, ilaç yazan), konuşarak iyileştiren (ilaç yazmayan) olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple terapistin narsistik yapısı danışanın kendisini daha rahat açabilmesini sağladığı gibi genellikle bu ilişki alt-üst ilişkisi içerisinde hissedilmektedir. Böylelikle empatik (eşit bir ilişkide danışanın duygusunun terapist tarafından hissedilmesi ve yansıtılması) ve gerçek bir ilişki zorlaşabilmektedir.

Olgun Narsisizme sahip Terapist,

1. Danışanı daha iyi anlayabilir, hissedebilir ve duyguları daha iyi ayrıştırabilir.
2. Terapist danışanın duygularını kendi duygularından ayrıştırabilir. Böylelikle negatif döngülerin (danışanın kendi hayatında yaşadığı ve olumlu gibi görünebilse de işlevsel olmayan bozucu ilişkiler) önüne geçilebilmektedir.
3. Terapist kendi büyüklenmeci duruşunu kontrol edebildiği gibi, mükemmel olamayacağını ve kusurlarını kabul edebilen olgun duruşunu danışana yansıtabilir. Danışan bu olgun hali içselleştirerek hayatında kullanabilir. Böylelikle danışan hayatında yaşadığı narsistik kırılmaların getirdiği savunmaları ve ilişki problemlerine karşı daha iyi durabilir.
4. Terapist ve danışan arasında gerçekleşen bu olgun, eşit ve empatik ilişkinin, iyileştirici ve dönüştürücü gücü danışana faydalı olacağı gibi bu durumun terapistte de faydası olabilir. Çünkü yaşanan çatışmaların anda gerçek ve eşit ilişkide deneyimlenmesi, terapistin de bu ilişki deneyimini içe almasını sağlayacaktır.

Terapistin danışan ile empati kurabilme, aktarım ve karşı aktarım bağlantılarını çözümlenebilme, danışanın güçlü parçalarını destekleme, danışanın karşısında doğal, samimi, güçlü ve içe dönebilen bir halde bulunabilme becerisi, kendi psikolojik yapısı ile doğrudan ilişkilidir. Yapılan araştırmalarda görülüyor ki; eşit ve empatik ilişki beynimizde yeni bir yapıyı geliştirmektedir. Bir beynin diğer beyne olan etkisinin özellikle insan için önemini, yapılan araştırmalar ortaya koymaktadır. Bakım verenin olgun duruşu ve empatik anlayışının bebeğin beyin gelişimini doğrudan etkilediğini yapılan araştırmalar ortaya koymaktadır. Bu durumda terapistin de danışanını anlayabilmesi, hissedebilmesi ve terapötik ilişkinin kurulması çok önemlidir.

KAYNAKÇA

- Ain, S. (2008). *Chipping away at the blank screen: Therapist self-disclosure and the real relationship*. University of Maryland, College Park.
- Akhtar, S. (2016). Ağır Kişilik Bozukluklarının Tanı ve Sağaltımı İçin Başvuru Kitabı. Editör Ayhan Eğrilmez. 2. Baskı. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org. Ltd. Şti. Yayınları. İzmir. 2016. s:133
- Coleman, E., & Schaefer, S. (1986). Boundaries of sex and intimacy between client and counselor. *Journal of Counseling & Development*.
- Corsini JC, Wedding D. *Current Psychotherapies*, 4th Ed. Illinois, F.E. Peacock Publishers, 1986.
- Cozolino, L. (2019) *Terapist Olmak: İçsel Yolculuk İçin Pratik Bir Rehber*. 2. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2019. s.179-189
- Johnston, S. H. (2001). *Therapists' modifications of psychotherapeutic boundaries*. Columbia University.
- Katz, J. (2012). Narsisistik Bozuklukta Masterson Yaklaşımı. Editör Tahir Özakkaş. *Psikanalitik Psikoterapi Masterson Günleri 5*. 2. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2012. s:77-88
- Kernberg, O. (2022). Patolojik Narsisizmde Kişilerarası İşleyiş. Editör Tahir Özakkaş. *Aktarım Odaklı Terapi ile Patolojik Narsisizmi Tedavi Etmek*. 1. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2022. s: 161
- Kohut, H. (1998). *Kendiliğin Yeniden Yapılandırılması*. 1. Baskı. Metis Yayınları. İstanbul. 1998. s. 196-208
- Levenson, H. (2017). *Süresi Sınırlı Dinamik Psikoterap : Klinik Uygulama Rehberi*. 2. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2017. s. 42-52
- Masterson, J. (2014). *Borderline Yetişkinlerde Psikoterapi: Gelişimsel Bir Yaklaşım*. 1. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2014. s.125-143
- Okay, D., & Canel-Çınarbaş, D. (2021). *Kendilik Psikolojisi Yaklaşımı Üzerinden Bir Çekingen Kişilik Olgusunun İncelenmesi*.
- Özakkaş, T. (2018). Alan kuramının diğer psikanalitik kuramlarla ilişkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(2), 1-28.
- Özakkaş, T. (2018). *Kendilik Psikolojisi Oedipus'dan Odisseus'a. Rölatif Bütüncül Psikoterapi 13. Dönem Serisi*. 1. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2018.
- Özakkaş, T. ve Çorak, A. (2018). *Gerçek Kendiliğin İnşası Ayrılabilme ve Birey Olmak. Rölatif Bütüncül Psikoterapi 13. Dönem Serisi*. 1. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2018.
- Pulat, F. (2023). *Gündelik Yaşam ve Psikoterapide Kişilik Bozuklukları: Borderline, Narsisistik ve Şizoid Kişilik Yapılandırmaları*. İstanbul: Kanon Kitap
- Schore, A. (2012). *Duygulanım Düzensizliği ve Kendilik Bozuklukları*. 1. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2012. s. 8-19, 163-183
- Schore, A. (2023). *Sağ Beynin Psikoterapisi*. 1. Baskı. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul. 2023. s. 335-336

Obsesif Kompulsif Bozuklukta; Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ve Yeni Nesil Kabul ve Kararlılık Terapisi, Karşılaştırmalı Müdahale Yaklaşımları¹

Ayşin AKDAĞ²

Özet

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bireylerin yaşamlarını ve hayata dair yaşamsal işlevlerini farklı düzeylerde olumsuz etkileyen bir düşünce bozukluğudur. Bu derlemede, OKB' nin anlaşılması ve tedavisinde, klasik Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile BDT temelli yeni nesil çağdaş terapilerden Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)' nin temel özellikleri ve müdahalelerinin karşılaştırmalı gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla alanyazın incelenerek bu derleme yazılmıştır. Derlemede OKB' nin tanımı ve yaygınlığına değinilmiş olup, OKB' nin oluşumuna dair, birinci kuşak Davranışçı Terapi, ikinci kuşak Bilişsel Terapi ve yeni nesil /3. Kuşak terapi kuramlarından Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)' nin açıklamalarına ve kuramların karşılaştırmalı etkinlik araştırmalarına yer verilmiştir. OKB' nin tedavisinde, birinci ve ikinci kuşağın bir arada ifade edildiği Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)' de başat davranışçı teknik Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (MBTÖ) , bilişsel müdahaleler için bilişsel çarpıtmalar, abartılmış sorumluluk, Düşünce Eylem Kaynaşma (DEK) ile ilişkili bilişsel yeniden yapılandırma çalışmaları ele alınmıştır. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), İlişkisel Çerçeve Kuramını esas alarak, bağlamsal zeminde altı psikolojik süreci kullanmaktadır. Bunlar; kabul, bilişsel ayrışma, bağlamsal benlik, şimdiki an ile temas, değerler, taahüt edilen eylemlerdir. KKT, klinik düzeyde sorunlu davranışları sadece biçimsel yönleriyle değil bunların işlevsel yönleriyle de ele alarak tedaviye yeni bir felsefi ve hümanistik yaklaşım sunar. Bu nedenle de bireye özel uygulamalar içerir. KKT' inde terapist, BDT' de olduğu öğretici ve rehber konumundan, eşlik eden, bireye hayatının dümeninin kendinde olduğunu fark ettiren, bireyi tedaviye davet eden pozisyonunda yer alır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi, Bilişsel Terapi, Davranışçı Terapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Obsesif Kompulsif Bozukluk

Classical Cognitive Behavioral Therapy and New Generation Acceptance and Commitment Therapy, Comparative Intervention Approaches in Obsessive Compulsive Disorder

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a thought disorder that negatively affects individuals' lives and vital functions at different levels. In this review, it is aimed to provide a comparative review of the basic features and interventions of classical Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT), one of the new generation contemporary therapies based on CBT, in the understanding and treatment of OCD. For this purpose, this review was written by reviewing the literature. In the review, the definition and prevalence of OCD are mentioned, and the explanations of first generation Behavioral Therapy, second generation Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) from the new generation / 3rd generation therapy theories and comparative effectiveness studies of the theories are included. In the treatment of OCD, the dominant behavioral technique in Classical Cognitive Behavioral Therapy (CBT), in which the first and second generations are expressed together, is Exposure and Response Prevention (ERP), and cognitive restructuring studies related to cognitive distortions, exaggerated

¹ Bu çalışmanın bir bölümü, 7. Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

² Uzm. Klinik Psikolog, pskaysin@gmail.com, 0533 412 66 88

responsibility, Thought Action Fusion (TAF) for cognitive interventions are discussed. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), based on Relational Frame Theory, utilizes six psychological processes on a contextual basis. These are acceptance, cognitive dissociation, contextual self, contact with the present moment, values, and committed actions. ACT offers a new philosophical and humanistic approach to treatment by addressing problematic behaviors at the clinical level not only with their formal aspects but also with their functional aspects. Therefore, it includes individualized practices. In ACT, the therapist is in the position of accompanying the individual, making him/her realize that he/she is at the helm of his/her life and inviting the individual to treatment, instead of being the instructor and guide in CBT.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Behavioral Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, Obsessive Compulsive Disorder,

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm bölgeleri içerisinde, ölümcül olmayan hastalıklara katkıda bulunan faktörler arasında Anksiyete Bozuklukları 6. sırada yer almaktadır (WHO, 2017). Anksiyete Bozuklukları arasında, OKB sıklıkla şiddetli sonuçlar yaratan bozukluklardan birisidir ve anksiyete nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hastalar, büyük bir olasılıkla OKB tanısı almaktadır (Barlow, 2002). Yapılan çalışmalarda COVID19 pandemisi sonrası polikliniklere OKB sebebiyle başvuruların arttığı (Besenek, Sönmez ve Okumuş, 2022) ayrıca OKB tanılı danışanların semptomlarının pandemi sonrası aynı şekilde artış gösterdiği (Otte, Schicktanze ve Bentz, 2023) vurgulanmaktadır.

Müdahaleci düşünceler ve tekrarlayan davranışlarla karakterize edilen yaygın doğası, çoğu zaman günlük yaşam üzerinde derin bir etki yaratarak kişisel ve mesleki uğraşları engeller. Yıllar geçtikçe, bilişsel davranışçı terapiler OKB tedavisinde bir mihenk taşı olarak ortaya çıkmış ve onun inatçı tutumuyla boğulanlara umut ve rahatlama sunmuştur. Klasik BDT OKB tedavisinde için birinci sırada olduğu görülmeye karşın, BDT'nin bazı sınırlılıkları vardır ve temel sınırlılıklarından birisi hastanın, tedaviye uyumunun zayıf olmasıdır (Brauer ve vd., 2011; Didonna vd., 2019). Leeuwerik, Cavanagh ve Strauss (2019)'un yaptığı BDT'nin OKB tedavisinde terapiye yönelik tedavi uyumuna ilişkin yapılan bir meta analizde; BDT'yi reddetme oranının % 15.6 ve yarıda bırakma oranının % 15.9 olduğu görülmüşken, antidepresan tedavisinde de yarıda bırakma oranının % 30.3 olmuştur (Öst vd., 2015). Ayrıca BDT sonrası kalıntı belirtilerin devam ettiği de görülmektedir (Fisher ve Wells, 2005).

Bu nedenle hastaların bir kısmı tarafından BDT'nin kabul edilmemesi, yüksek bırakma oranları ve tedaviyi reddetme, MBTÖ tekniğinin uygulanmasında karşılaşılan güçlükler gibi diğer sınırlılıklar, 3. Kuşak Terapilerin uygulamaya geçirilmesi ile sonuçlanmıştır (Manjula ve Sudhir, 2019). Kabul ve Adanmışlık Terapisi, Metakognitif Terapi, Farkındalık Temelli Bilişsel Terapiler, Diyalektik Davranışçı Terapi ve Şema Terapinin OKB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Onaral, 2021; Philip ve Cherian, 2021; Trent ve vd., 2021).

Yoğun OKB vakalarının, ciddi bir işlevsellik kaybına, düşük yaşam kalitesine, aile üzerinde yüksek yüke ve sosyal işlevsellikte önemli bir bozulmaya neden olduğu gözlenmiştir (Bystritsky vd., 2001; Gururaj vd., 2008). Bilişsel Terapi hareketi olarak da bilinen İkinci Kuşak Terapiler, içsel deneyimlerin, özellikle düşünce ve duyguların rolüne odaklanır. Ancak literatür, bilişsel değişiklikleri hedefleyen tekniklerin etkililiği ve anksiyete ile ilişkilendirilen bilişsel modeller konusunda önemli eksiklikler olduğuna işaret etmektedir (Hayes, 2004).

Üçüncü kuşak/Yeni Nesil Terapiler, içgörü, farkındalık (mindfulness) ve kabul gibi yaklaşımların önde gelen ve etkili olduğu uygulamalara odaklanır. Bu nedenle, yeni nesil terapilerde vurgu içsel deneyimlere kaydırılmıştır. İçsel deneyimler, gözlemlenebilen davranışlar gibi dışarıdan bir gözlemci tarafından açıkça değerlendirilemeyeceğinden, kişinin bu deneyimleri kendi farkındalığı aracılığıyla ifade etmesi beklenir. Yeni Nesil Terapiler içerisinde içsel duyuları değiştirmek yerine kabul vurgulanmaktadır (Herbert ve Forman 2011).

Bu derlemede, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) bağlamında 3.Kuşak/Yeni Nesil Terapilerden, Kabul ve Kararlılık Terapisi – KKT ile Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ve müdahalelerinin etkinlikleri incelenecektir. Böylece hümanist, bireye özel, davranışların biçiminden ziyade bu davranışların kişiye özel bağlamda değerleriyle nasıl bir işbirliği içinde olduğunu gözlemleyen, bunları aktif bir kabul ile, yargılamadan kişi ile düşünceleri arasına mesafe koyacak şekilde perspektif yaklaşımı ile bakabilme becerisi geliştirmeyi hedefleyen, ilişkisel çerçeve teorisine dayanan KKT ile başlangıçta öğrenme kuramlarına dayanan davranışçı yaklaşım ile sonrasında olay ve durumlarla ilgili bilişsel çarpıtmaların ve özellikle OKB' de girici düşünceler ve bu düşüncelere verilen aşırı önemin, felaketleştirme üzerindeki çalışmaların etkin olacağını savunan Klasik Bilişsel Davranışçı Terapinin tedavi protokolleri derlenecektir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Nedir?

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), aniden ortaya çıkan istenmeyen düşünceler, duygular, dürtüler ve imgelerin neden olduğu obsesyonlarla ve bu obsesyonlara yanıt olarak tekrarlayıcı bir şekilde sergilenen kompulsif davranışlar veya zihinsel eylemlerle karakterize edilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır (American Psychiatric Association, 2013). Rasim Adasal bu hastalık için "öldürmeyen, felâket çektiren ruh kanseri" tanımlamasını kullanmaktadır (Sakallı, 2014). 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te, OKB, anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılmaktan çıkarılmış ve "Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yeniden sınıflandırılmıştır. OKB Tanı Kriterlerine göre; obsesyonlar, kompulsiyonlar veya her ikisinin birlikte bulunması durumunda teşhis konulabilir (DSM-5; APA, 2013; ICD-10 F42 OKB). Obsesyonlar, kişinin isteği dışında ortaya çıkan, bireyi rahatsız eden ve kişinin kendi kimliğiyle uyumsuz, bilinçli çaba ile engellenemeyen, sürekli olarak tekrarlanan düşünceler, imgeler veya dürtülerdir. Bu düşünceler, kişinin mantığına, inançlarına, ahlaki değerlerine ve görüşlerine aykırıdır ve kabul edilemezler. Kompulsiyonlar, genellikle obsesyonları uzaklaştırmak amacıyla başlayan, kişinin isteği dışında tekrarlanan davranışlardır. Ancak zaman içinde kontrol edilemeyecek bir boyuta ulaşabilir ve kişiye rahatsızlık verebilir (Freeston, 1997).

Daha önce, bazı hastaların kompulsiyonları olmadan yalnızca obsesyonları olduğu düşünülüyordu. Yalnızca obsesyonları olan hastalarla yapılan çalışmalarda bu hastaların çoğunda zihinsel ritüellerin bulunduğu görülmüştür (Freeston, 199;Steketec, 1993). Bu zihinsel ritüeller, istenmeyen ve rahatsız edici düşüncelerin yarattığı rahatsızlığı nötralize etme amacıyla gerçekleştirilmektedir (Sungur, 2004). Yapılan meta-analizlere göre, en yaygın obsesyon ve kompulsiyon türleri şunlardır: "simetri/düzenleme," "kirlenme/bulaşma," "kontrol etme," ve "biriktirme" dir (Matrix-Cols, Rosario-Campos ve Leckman, 2005). Kompulsiyonlar açık veya kapalı olabilirler. Kapalı kompulsiyonlar, dua etme ve çeşitli zihinsel etkinlikleri içerebilir (Wells, 1997).

OKB' si olan birey obsesyonlarının mantık dışı olduğunu bilir ve ego-distonik olduğunu hisseder. Obsesyonlar çoğu zaman kişinin yaşam kalitesini, işlevselliğini bozar ve zaman alıcı olabilir. OKB' si olan kişilerin birçoğu hastalıklarına dair iç görüye sahiptir (Yılmaz, 2018). Bazı insanlar, obsesyonlarının gerçekçiliğini veya mantıklılığını her zaman ayırt edemezler. Bu durum, terapinin seyrini etkileyebilir. İç görüye göre, zorlantı bozukluğunu sınıflandırdığımızda; "İyi veya oldukça iyi iç görüsü" olan kişinin, OKB inançlarının kesinlikle veya büyük olasılıkla doğru olmadığını veya doğru olabileceğinin fark ederken, "iç görüsü kötü" ve "iç görüsü olmayan" kişilerin, OKB inançlarının büyük olasılıkla doğru olduğunu düşünürler. OKB inançlarının kesinlikle doğru olduğuna inan kişiler ise "iç görüsü olmayan" olarak sınıflandırılır (DSM-5; APA, 2013, s.237). OKB hastalarında eşlik eden depresyonun sıklığını araştıran bazı çalışmalarda, iç görü azaldıkça depresyon eşlik etme riskinin arttığı bildirilmiştir (Catapano vd., 2001; Marazziti vd., 2002).

Epidemiyoloji

Epidemiyolojik araştırmalara göre, Weissman vd., (1994) tarafından dört kıtada yapılan çalışmada OKB' nin yaygınlık oranı yaklaşık % 2 olarak bulunmuştur. OKB' nin başlangıç yaşı genellikle erken yetişkinlik dönemine (18-24 yaş) denk gelir ve cinsiyet dağılımı eşittir (Lochner ve Stein, 2001). OKB, yaşamın farklı dönemlerinde iki ana pik yaş dönemi gösterir: birincisi çocukluk döneminde (10-11 yaş civarı) ve ikincisi ergenliğin son dönemlerinden erişkinliğe geçiş döneminde (19-23 yaş civarı). Bu bozukluğun en erken görüldüğü yaş genellikle iki yaş civarındadır. Ancak altı yaşından önce görülmesi oldukça nadir bir durumdur. On iki yaşından önce başlayan OKB olgularının incelendiği bir çalışmada, erkeklerde düzen/simetri temaları, kızlarda ise bulaşma/yıkama temaları en yaygın belirtiler olarak belirlenmiştir. Ayrıca, 3-9 yaş ve 10-18 yaş aralığındaki OKB grupları arasında belirtilerin şiddeti açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Gülnur, 2016).

Davranışçı Terapi (DT)ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Mowrer (1960)'ın korkunun oluşumunu açıklayan "iki evreli kuramı," OKB' nin açıklanmasında kullanılmıştır (Barlow, 2000). Bu teoriye göre, klasik koşullanma ile öğrenilen korku, edimsel koşullanma yoluyla daha da güçlenir. Öğrenme prensiplerine göre, obsesyonlar koşullanmış uyarıcılardır ve anksiyeteye neden olurlar. Oluşan anksiyete, kaçınma, kaçma ve tekrarlama gibi stratejiler kullanılarak azaltılmaya çalışılır. Ancak kişinin anksiyetesini azaltmak için kullandığı bu stratejiler, yaşam alanını sınırlar ve işlevselliği bozar. Sonuç olarak, kırılması zor bir döngü oluşur. Bu döngünün kırılması için yapılan çabalar, davranışçı terapi yaklaşımı kapsamında alıştırma ve tepki engelleme girişimlerinin gelişimine yol açmıştır. (Sungur, 2006; Salzman, 1981).

Davranışçı modelin perspektifine göre, sıradan ve genelde korkutucu olmayan düşünceler (örneğin, mikrop kapma veya hastalanma düşünceleri gibi), koşullanma yoluyla kişinin anksiyete duygularıyla ilişkilendirilir ve bu düşünceler rahatsız edici özellikler kazanır (örneğin, bu düşüncelerden korkma). Bu tür düşüncelerin ortaya çıkması kişide anksiyete yaratır ve kişi, anksiyeteden kaçınmak veya korunmak amacıyla kaçınma davranışları geliştirir (örneğin, düşüncüyü aklınıza getirmemeye çalışmak, kirli olduğunu düşündüğü yerlerden veya kişilerden uzak durmak, kirli yerlere dokunmamak veya mikrop kapabileceğini düşündüğünde yakınlarına dokunmamak gibi). Bu kaçma ve kaçınma davranışları, anksiyeteyi azaltarak, bir tür ödül sistemi gibi işlev görür (Sungur, 2004). Bu kurama göre, obsesyonlar "öğrenilmiş düşünceler" dir, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi nötralize etmek için «öğrenilmiş ve pekiştirilmiş davranışlar» dır (Salkovskis, 2003).

Davranışçı Terapide OKB için Kullanılan Davranışçı Teknikler

Bu yaklaşım obsesyonları ve kompulsiyonları azaltmak için iki temel teknik içerir: Alıştırma (Exposure) ve Tepki Önleme (Response Prevention). Bu teknikler BDT'nin etkin davranışçı teknikleri olarak kabul görür (Rosa-Alcázar vd., 2008). Maruz bırakma ve yanıt önleme tekniklerinin temelinde, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) belirtilerinin kontrol altına alınması ve sağlıklı davranışların yerine konulması yatar (Yılmaz, 2018).

Maruz bırakma/Alıştırma (Exposure) korkulduğu için kaçınılan ya da güvenlik davranışları ile baş edilmeye çalışılan bir durumla, düşünce veya eylemlerle kaçınma ve güvenlik davranışı olmadan yüzleşme anlamına gelir (kirli eşyalara dokunma, kaygı uyandıran düşüncelere maruz bırakma vb. gibi). Tetiklenen kişinin vermek istediği yanıtı yani davranışları engellenir. Amaç kaygıdan koruyan davranışların ortadan kaldırılmasıdır. OKB' si olan danışanlar üzerinde yapılan MBTÖ çalışmaları birçok hastanın semptomlarında azalma olduğunu ortaya koymuştur (Şafak vd., 2014).

Tedavi sonuçlarına göre hastaların % 60-70'i iyileşme gösterir (Meyer vd., 1974). Maruz Bırakma ve Tepkiyi Engelleme (MBTÖ) özellikle yıkama ve daha az oranda kontrol etme ritüellerinde yararlıdır. Tedaviyi tamamlayan hastaların % 70-80'inde semptomlarda düzelme görülmüştür. Hastaların yaklaşık % 20-30'unun tedaviyi reddettikleri ya da bıraktıkları (drop out) görülmüştür. Kısa dönem tedavi başarıları % 63, uzun dönem tedavi başarıları % 55 oranında saptanmıştır (Stanley vd., 1995).

Bilişsel Terapi (BT) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Clark (1999), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) davranışçı terapisi alanında tedavi reddinin yüksek olması, sadece alıştırma ve tepkiyi engelleme yöntemlerinin belirli kompulsiyon alt tiplerinde etkisiz olması, tedaviye karşı direnç, tedaviye uyumsuzluk, düşünce hataları ve inançların öne çıkması gibi nedenlerle, OKB tedavisine kognitif bileşenin dahil edilmesinin gerektiğini vurgulamıştır.

Beck' in bilişsel terapisinde kullanılan önemli bir kavram, bilişsel çarpıtmalardır. Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) temeli, girici düşünceleri aşırı derecede olumsuz ve felakete sonuçlanacak şekillerde yorumlama eğilimindedir. (Rachman, 1998; Salkovskis, 1999). Bilişsel modele göre düşüncelerin gücü, kişinin bunu aklını kaybetmek ya da kontrolünü kaybedeceğine dair bir işaret olarak algılaması sonucu aşırı bir önem atfetmesinden kaynaklanır (Shafran ve Rachman, 2004).

Bir kişinin kendi düşüncelerine ve içeriğine verdiği aşırı önem OKB' nin merkezinde yatan yapıdır (Rachman, 1998; Salkovskis, 1999). Bu nedenle, aniden gelen girici düşüncelere aşırı önem verme eğilimi "Düşünce-Eylem Kaynaşması" olarak tanımlanabilir (Rachman vd., 1996). Bireyler, aniden ortaya çıkan giren düşüncelerin anlamlı olduğuna ve olası bir tehlikenin veya tehdidin habercisi olduğuna inandıkları için, bu düşünceler üzerinde aşırı kaygı duyarlar (Salkovskis, 1985; Salkovskis, 1989). Düşünce Eylem Kaynaşması (DEK) düşünce ile eylemin birbirine eşdeğer olarak algılanması veya düşünceye verilen abartılmış bir güç olarak tanımlanmaktadır (Shafran, 1996).

Shafran ve diğerleri (1996) tarafından, "Düşünce-Eylem Kaynaşması Ölçeği" (Thought Action Fusion Scale) geliştirilmiştir. Ölçek, DEK-Olasılık-Kendilik (TAF-Likelihood-Self), DEK-Olasılık-Diğeri (TAF-Likelihood-Other) ve DEK-Ahlak (TAF-Morality) olmak üzere üç farklı bileşenden oluşmaktadır (Shafran vd., 1996). Bu ölçeğin kullanılması ile birlikte OKB' de bireyin düşünceleriyle kendisinin aynılığı daha net anlaşılmıştır (Shafran vd., 1996).

İnatçı ve tekrarlayıcı düşüncelerin yalnızca Obsesif Kompulsif Bozukluklarda değil, toplum örnekleminde % 90'dan fazlasında bulunduğu bildirilmiştir (Rachman vd., 1978; Salkovskis, 1996). Obsesyonlar normal inatçı ve tekrarlayıcı düşüncelerle başlar ve normal inatçı düşünceler ile obsesyonlar arasındaki temel farkın, oluşumları ve kontrol edilebilirlikleri ilgili değildir. Abartılmış sorumluluk modeline göre, inatçı ve tekrarlayıcı düşünce, imge veya dürtüler duygusal olarak nötrdür. Yani kişide doğrudan olumsuz duygusal tepkilere yol açmazlar. Ancak, bu düşünceleri kişi, kendisini

sorumlu tutabileceği olası zararlarla ilişkilendirdiğinde artan anksiyete ve huzursuzluk deneyimler. Bu nedenle kişi, algıladığı sorumluluğu azaltma amacıyla çeşitli yansızlaştırma yanıtlarına başvurabilir. Bu yanıtlar ritüeller, kaçınma davranışları, düşünceyi tekrarlama, kompulsiyonlar ve sorumluluğu başkalarıyla paylaşma gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir (Salkovskis, 1985; Salkovskis, 1996). Örneğin, bir kişi için ahlaken uygun olmayan bir düşünceyi zihinden geçirmek, bu eylemi gerçekleştirmekle aynıdır veya yakınlarına zarar verebileceği düşüncesini zihinden geçirmek, bunu gerçekleştirmiş olmakla eşdeğerdir. Bu tür düşüncelere atfedilen güç, farklı şekillerde ortaya çıkan bir tür yanlış inançtır (Freeston ve Ladouceur, 1997). Artmış sorumluluk daha derinlerdeki ara inançlar (kurallar, tutumlar) ve şemalarla ilgilidir (Salkovskis, 1985).

OKB ile çalışırken DEK göz önüne almak ve bu alana çalışmak önemlidir (Shafran, 1996). Bilişsel modellerin işlevsel olmayan inançlara vurgu yapmasının ardından, Obsesif-Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (The Obsessive Compulsive Cognitions Working Group -OCCWG), sıradan istem dışı düşüncelerin klinik obsesyonlara dönüşmesinde rol oynayan altı temel işlevsel olmayan inanç türü tanımlayarak bunların, şiddetini değerlendirmeye yönelik Obsesif İnançlar Ölçeği' ni geliştirmişlerdir. Bu inançlar; a-abartılmış sorumluluk, b-abartılmış tehdit algısı, c-düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, d-düşüncelerin aşırı önemsenmesi, e-belirsizliğe tahammülsüzlük ve f-mükemmeliyetçilik olarak belirtilmiştir (OCCWG, 1997).

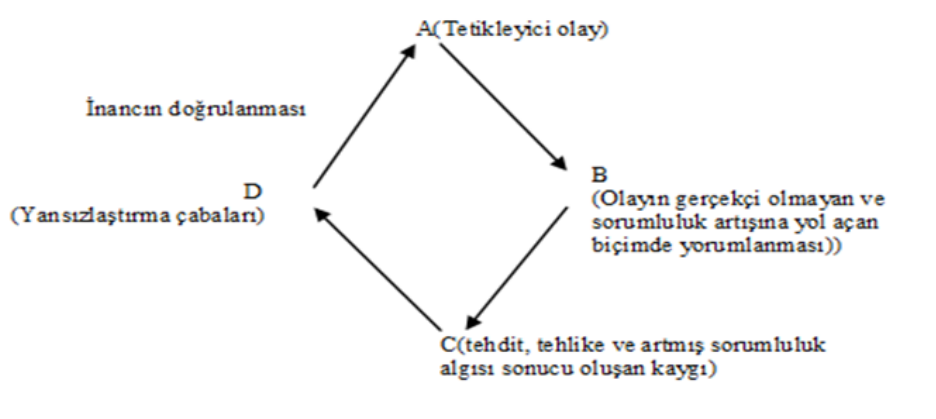
OKB'nin tedavisinde bu bilişsel çarpıtmaları içeren Düşünce Eylem Kaynaşması-DEK düzeyinde gerçekleştirilebilecek bir azalmanın OKB'nin semptomlarında da azalmaya yol açacağı ileri sürülebilmektedir. (Çiftçi ve Kuru, 2013) OKB'de en önemli adımlardan biri, hastanın kendi düşüncelerini daha az tehditkar bir şekilde yorumlamasına yardımcı olacak yeni bir açıklama geliştirmektir (Salkovskis, 1996).

BDT, "Abartılmış Sorumluluk" için bilişsel algıdaki sorumluluğun azaltılmasına yönelik, Salkovskis (1985) tarafından geliştirilmiş "Pasta Dilimi" ve Bandura (1999)'nin öğrenme modelinden alınan "Çifte Standart" gibi teknikleri sıkça kullanır. Ayrıca, kişinin düşüncelerini daha dengeli hale getirmesine yardımcı olan metaforlar da kullanılarak bilişsel yeniden yapılandırma çalışması gerçekleştirilme istenir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'de OKB ile Çalışma Modeli

Genel anlamda BDT yapılandırılmış bir terapi modelidir. Formülasyon önemlidir. OKB'nin DEK göz önüne alınarak çalışılır. Değerlendirme ile başlanır. Bu aşamada danışanın erken çocukluk dönemi, geçmiş hayat öyküsü ve şimdiki hayatı, zorlantının başlaması, ilerlemesi ve şimdiki düzeyi vb. gibi konular hakkında bilgi alınır. Psiko-eğitim verilir ve sonra formülasyon için danışandan detaylı bilgi alınır. Bireyin zorlantısına neden olan, tetikleyici verdiği anlam değerlendirilir, olumsuz otomatik düşünceleri ve bilişsel çarpıtmaları sokratik diyalog ile tespit edilir. Bu düşünceler ve onlara yüklediği anlamlar ile verdiği tepkiler (duygu, bedensel duyular ve davranışlar) ilişkilendirilerek bireye hastalığın süregelenleşmesindeki bu döngü ABC modeli ile anlatılır. Bu modele göre danışanın belirtileri göz önüne alınarak obsesif danışanda, obsesyonlarının normalizasyonu, kompulsif danışanlarda, obsesyonları ile birlikte nötralizasyon davranışları, kaçma/kaçınma davranışları ile ilişkili bilgiler elde edilir. Tüm bu çalışmalarda danışan aktiftir. Çalışma, terapistin teknik bilgisi ve danışanın kendisini en iyi tanıyan olması nedeniyle interaktif sürdürülür. BDT'de her hastalık için ABC temelinde farklı formülasyon ve teknikler kullanılabilir.

Şekil.1. BDT modelinde ABCD üzerinden OKB modeli (Sungur, 2004).



Örneğin, kontrol obsesyonu ve prizleri ve elektrik eşyalarını tekrar tekrar kontrol eden biri için A noktasındaki olayın, prizlerdeki fişlerin takılı olması olduğunu düşünelim. B noktasında, kişi prizlerden fişlerin çekilmiş olduğundan emin olmadan evi terk etmenin tehlikeli (ya yangın çıkarsa!) ve bu durumda oluşacak yangından tamamen kendisinin sorumlu olacağına inanmaktadır. C noktasında, artan bireysel sorumluluk ve zarar geleceğine ilişkin tehdit, kişide kaygı oluşturmakta ve bedeninde de bu kaygı ile ilintili belirtiler (terleme, nefesin daralması, kalp çarpıntısı vb. gibi) ortaya çıktığından bununla baş etmek için ve D noktasında kişi prizleri defalarca kontrol etmekte (ritüeller), evden çıkmakta zorlandığı için yanındaki kişilerden de prizleri kontrol etmeleri için yardım talep etmektedir (sorumluluğu paylaşma, güvenlik davranışı). Prizleri kontrol ettiği için yangın çıkmadığını ve evine ve çevresine zarar vermediğini düşündüğünden davranış pekişmekte ve sürmektedir. Kişi aklına prizlerin gelmesinin tehlikenin bir işaret olarak algıladığından ve DEK' na göre kompulsiyonlarını veya yansızlaştırmak için farklı ritüeller yaptığından OKB devam etmektedir. Bu nedenledir ki kişi prizleri kontrol etmese de yangın çıkmadığını deneyimleme imkanını görememektedir. Bu nedenledir ki aynı yöntemi defalarca tekrar etmek durumunda kalmaktadır.

ABCD modeli ile, formülasyonun ana unsuru oluşturulur. Böylece, duygu ve bu duygunun düşüncelerle etkisi bağlamsal olarak keşfedilir. Danışana, kaçma/kaçınma davranışlarının veya düşüncelerini baskılamanın amacının olumsuz duygularla (C-Kaygı, korku, suçluluk, utanç vb) baş etmek için olduğu ve bu olumsuz duyguların, tetikleyici içsel-dışsal uyarılar karşısında aniden gelen otomatik düşünceler ile olan ilişkisi anlatılır. Danışanın bilişsel terapiye uygunluğu ve tedaviye motivasyonu da önemlidir ve göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışma, terapistin teknik bilgisi ve danışanın kendisini en iyi tanıyan olması nedeniyle interaktif sürdürülür (Sungur, 2004).

Bir sonraki adım, "Bilişsel Yeniden Yapılandırma" aşamasıdır ve tedavi sürecimizde kritik bir rol oynamaktadır. Bu aşama, ilerleyen aşamalarda uygulanacak olan "Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (MBTÖ)" davranışçı yöntemlerinin etkinliğini artırmak için önemlidir. Danışanın olumsuz duygularının, algılanan tehdit ve tehlike, DEK-olasılık artırma ile ilişkili abartılı sorumluluk, ahlaki algılama, belirsizliğe tahammülsüzlük vb. gibi bilişsel çarpıtmalarla ilişkisini fark etmesi sağlanmaya çalışılır. Kişinin obsesyonlarının ve kompulsiyonlarının "Sokratik Sorgulama ve Yönlendirilmiş Keşif" ile kişi için ne anlama geldiği, gerçekliği, işlevsel olup olmadığı vb. hususlar incelenir. Bu aşamada, danışanın düşüncelerinin farkına varması teşvik edilir, bu düşüncelerdeki bilişsel hatalar incelenir, daha dengeli düşüncelerin yerine konması için çalışılır ve yeni düşünce örüntüleri için bir plan yapılır. Bu süreç, danışanın düşünce kalıplarını ve inançlarını daha sağlıklı ve işlevsel bir şekilde yeniden yapılandırma amacını taşır.

Son olarak, "Davranışçı Teknikler" aşamasında (MBTÖ), içsel ve dışsal uyarılar için davranış deneyleri yapılır, nötralizasyonun ve baskılamanın bırakılması için çalışılır. Dış uyarılar için ise Exposure/Alıştırma uygulamaları, terapistle birlikte ofiste ve/veya danışanın kendi ortamında ev ödevi verilerek uygulaması sağlanır. Çocuk ve ergenlerde, bazı yetişkin danışanlarda, aileden birisi yardımcı-terapist olarak belirlenebilir. Ev ödevleri, danışanla birlikte oluşturulur ve tedaviye katkı sağlar (Sungur, 2004).

BDT, kısa süreli ve sorun odaklı, yapılandırılmış bir terapidir (Sungur, 2004). Danışanlar, ofis odasında deneyimledikleri tedavi uygulamalarını kendi kendilerine de ödevi aracılığı ile ofis dışında da uygulamaktadırlar. Kendi kendilerine tedavi uygulamasının etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Marks, 1980). Sonuç olarak BDT "sorun çözme" ve "eylem yönelimli" bir tedavi yaklaşımıdır (Özdel, 2015).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), temelde davranışçı bir psikoterapi modelidir. (Hayes, 2004). OKB tedavisinde en yaygın tercih edilen yeni nesil/3.kuşak terapi türlerinden biri de KKT olarak belirlenmiştir. KKT'nin kuramsal alt yapıyı oluşturan ve İlişkisel Çerçeve Kuramı (Relational Frame Theory)' nı ortaya atan isimlerden biri KKT'nin geliştiricilerinden Steven Hayes'dir. KKT, bağlamsal bir terapi yaklaşımı benimsemektedir ve klinik düzeydeki sorunlu davranışları sadece biçimsel yönleriyle değil, aynı zamanda bu davranışların işlevsel yönleriyle de ele almaktadır. Bu, birinci ve ikinci dalganın davranışçı terapileriyle karşılaştırıldığında önemli bir felsefi farklılık taşır. Çünkü KKT, düşünce ve davranışların neden ve nasıl ortaya çıktığına daha derinlemesine odaklanır (Hayes vd. 2004). İlişkisel çerçeve kuramı, KKT için temel bir teorik çerçeve sağlar.

İlişkisel Çerçeve Kuramı, insan dilinin ve bilişinin temelinde, bireylerin olayları öğrenirken ilişkilendirme yeteneğinin yattığını öne sürer. Bu teori, isimler ve nesnelere gibi kavramların, biçimlerinden bağımsız olarak karşılıklı ilişkili bir şekilde öğrenildiğini açıklar. Örnek olarak, "kedi" kelimesi bir kişi için bir kedi görüntüsünü çağrıştıracak şekilde, aynı şekilde bir kedi görüntüsü de "kedi" kelimesini akla getirebilir. İnsanlar yaşlandıkça ve geliştikçe, somut nesnelere bağımsız soyut kavramları da birbiriyle ilişkilendirmeyi öğrenirler (Fletcher ve Hayes, 2005). KKT'inde, fikirleri ve duyguları kısıtlamak veya bastırmak yerine gevşemeyi teşvik etmek için kullanılır. Bu strateji, kişinin idealleriyle uyumlu psikolojik

esnekliği ve davranış değişikliğini geliştirmeyi amaçlar (Biglan vd., 2008). Zor değiştirilebilen ilişkilerin kabulünü vurgular. KKT perspektifine göre, insanlar bir uyarının işlevini diğer uyarılara aktarma yeteneğini öğrenirler ve bu süreç benzerlik, zaman, ilişki gibi belirli çerçeveler aracılığıyla gerçekleşir (Thowig, 2009). Örneğin, bir kişinin başkasına zarar vereceğiyle ilişkili obsesyonu varsa bıçak gördüğünde veya girici düşünce olarak bıçak kelimesi ve imgesi aklına geldiğinde kendisini katil olarak deneyimleyebilmektedir ve bir süre sonra bıçak veya tüm kesici aletler kendisinin tehlikeli biri olacağı anlamına gelecektir. Bunun için artık kesici aletler onun katil olma potansiyeli işlevine sahip olacaktır. Bunun yarattığı kaygı ile baş etmek için kişi tüm kesici aletlerden kaçınarak veya farklı kompulsyonlarla nötralize etmeye çalışacaktır. KKT birey için "katil olmak" kelimesi "bıçak" kelimesi ile eşleşebilir bu "çift yönlülük" kavramı olarak adlandırılır (Ögel, 2015).

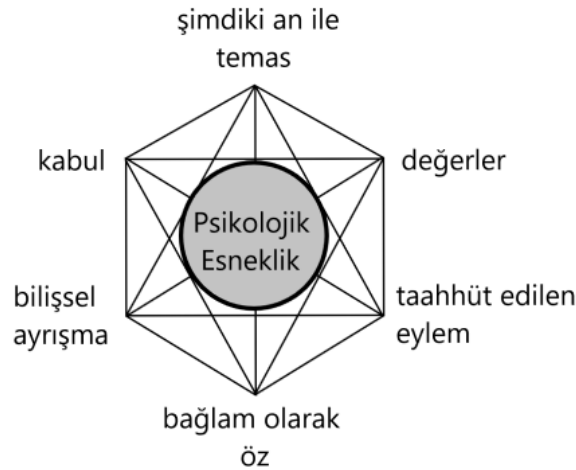
Kabul ve Kararlılık Terapisi' nin (KKT) perspektifi, OKB sorununu ele alırken "deneyimsel kaçınma" kavramının önemini artırmaktadır. Deneyimsel kaçınma, bir bireyin kişisel deneyimleri, algıları, duygusal durumları ve düşünceleri gibi içsel deneyimlerinden kaçınma eğilimi olarak tanımlanabilir. Bu kaçınma durumu, OKB' nin anlayışında ve tedavisinde temel bir unsurdur (Hayes vd., 1996). Kişinin rahatsız edici düşüncelerden kaçınmak amacıyla tekrarlayan davranışlar sergilemesi veya bu düşünceleri bastırmaya çalışması, deneyimsel kaçınma örnekleri sunar. Ayrıca, bu bağlamda duygusal kaçınma ve bilişsel kaçınma terimleri de kullanılmaktadır. Deneyimsel kaçınma kavramı, istenen sonuca ulaşma konusunda tutarlılık eksikliğine yol açabilen bir durumu en iyi şekilde ifade eder. Bu bağlamda, OKB deneyimsel kaçınmanın en iyi örneği olarak kabul edilebilir. OKB olan bireyler, düşüncelerden kaçınmaya çalışırken paradoksal bir şekilde belirli bir düşünceyi daha fazla zihinlerine getirebilirler. Dolayısıyla, OKB olan bireyler, düşüncelerden kaçınmaya çalışırken ritüel davranışlar ve bastırma mekanizmalarıyla yaşantılarını daha fazla sınırlayıcı bir duruma sokabilirler (Hayes vd., 1996).

KKT bakış açısına göre, OKB' da, obsesyonların kontrol edilmeye çalışılması sonucu meydana gelir. Bu nedenle KKT, bireyin obsesyonlarını kontrol etmek yerine onları kabul etmeye ve kişisel değerlerine uygun davranışlar sergileme becerisi kazandırmaya odaklanır. OKB' nin tedavi sürecinde, KKT yaklaşımı obsesyonların ve kaygının neden olduğu bilişsel süreçleri ve bu bilişsel deneyimlere verilen tepkileri hedeflemeyi amaçlar (Thowig, 2009).

KKT' indeki hedef, semptomlar ile zorlayıcı düşünceler veya duygular arasındaki ilişkinin dönüştürülerek yeni bir yapı oluşturmaktır. Bu yeni yapı içinde, semptomlara yol açtığı düşünülen düşünceler ve duygulardan kaçınmak yerine, temel odak düşünce ve duygulara daha yakın bir şekilde yönelmektir (Harris, 2006). Bu yaklaşım, düşük kabul ve psikolojik katılığın OKB semptomlarını artırabileceğini vurgulamaktadır (Bluett vd., 2014).

KKT, belirli tekniklerin öne çıktığı bir terapi modeli olmayıp, altı psikolojik sürecin hedeflendiği bir terapötik yaklaşımdır. Bunlar: kabul (acceptance), bilişsel ayrışma (defusion), bağlam olarak öz /bağlamsal benlik (self as context), ana odaklanma (contact with present moment), değerler (values) ve taahhüt edilen/adanmış eylemdir (committed action) (Thowig vd., 2006). KKT' inde terapist, bu süreçlerle çalışırken metaforlar, paradokslar, deneyimsel egzersizler ile daha az sözel olan ve daha az yönlendirici yöntemler kullanır. Bu yaklaşım, kişinin yaşamını psikolojik esnekliğe sahip olarak değerleriyle, gözlemci perspektifinden aşkın benliğini de fark ederek anda kalma becerisini kazandırarak daha anlamlı bir yaşam sürmesini hedefler.

Şekil.2. Kabul Kararlılık Terapisi Altıgeni (Thowig, 2009).



Kabul; düşünce, duygu ve somatik algılar ortaya çıktığında, bu deneyimlere karşı yargılayıcı olmayan bir farkındalık içeren bir tutum benimseme ve bu deneyimleri etkili bir şekilde kabul etme sürecini içermektedir (Hayes vd., 2004). Kabul, içsel deneyimlere müdahale etmek veya denetlemek yerine bu deneyimlere izin verme anlamına gelir. OKB bağlamında ele alındığında, obsesyonları kontrol etmeye yönelik yapılan kompulsiyonlar, kaçınma davranışları ve bilişsel teknikler, kısa vadede obsesyonları azaltabilir; ancak uzun vadeli etkileri sınırlıdır (Allen vd., 2016; Purdon ve Clark, 1999).

KKT perspektifine göre, obsesyonları kontrol etmeyebilen ve çalışmak bir çözüm sunmaktan ziyade sorunun kendisi olabilir (Thowig, 2006). Bir terapist danışanına, obsesyonlarla ilgili şu şekilde bir açıklama yapabilir: Obsesif Kompulsif Bozukluğa sahip bir birey, sürekli olarak kirli olduğu ve mikrop bulaştırabileceği korkusuyla (obsesyon) elini defalarca yıkamaya başlar (kompulsiyon). Bu davranış, kısa vadede rahatlama sağlar. Ancak KKT, bu kişinin sadece "kirli olduğu düşüncesine" sahip olduğunu kabul etmesi ve kirli olma halinin neden olduğu acıyı kabul ederek, kontrol etmeye odaklanmak yerine, farkında ve anda kalarak bu düşüncesinin tıpkı gökyüzündeki bulutlar gibi (letting out) gitmesine izin vererek serbest bırakmasını salık verir (Ögel, 2015). Kabul, düşüncelere, duygulara ve olaylara müdahale etmeden oldukları gibi deneyimlenmesi sürecini, aslında herhangi bir bariyer oluşturmadan suyun akıp yolunu bulmasına izin verme olarak görülebilmektedir. Buradaki kabul, boyun eğmeden daha farklı olarak, olanı kabul ederek eyleme geçmeyi ifade eder. Pasif bir kabul değil, aktif bir kabuldür (Ögel, 2015).

Bilişsel Ayrışma; KKT' de problem anında ortaya çıkan bilişsel süreçler ile zihnin ürettiği düşünceler arasındaki ayrımın yapılmasının psikolojik sorunlara neden olduğu inancı yaygındır. Bu durum, düşüncelerin sadece işlevsel değişikliklere yol açan nedenler olduğu farkına varılmadığında ortaya çıkar, bu da "bilişsel birleşme" olarak adlandırılır. Bilişsel birleşme, düşüncelerin gerçek anlamını kaybederken düşünme sürecinin bilinmediği bir durumu temsil eder. İnsanlar, bu bilişsel birleşme nedeniyle duygusal tepkilerini tahmin etmeye çalışır veya onlardan kaçınmaya çalışır, hatta zarar görseler bile. Ayrıca, nitelikler ve etiketlerle aşırı özdeşleşebilirler ve bunları savunma eğiliminde olabilirler (Fletcher ve Hayes, 2005; Hayes vd., 2006). Bilişsel birleşme süreçlerin davranış üzerindeki işlevselliği olumsuz yönde etkileyebilecek bir düzeyde hakimiyet kurma eğilimindedir. Bu bağlamda, düşüncelerin içeriğine odaklanma yerine farkındalığı artırmak önemlidir. Bu, dikkatin düşünce eylemine yönlendirilmesi ve düşüncelerin varlığının bilincine varma sürecini içerir (Yavuz, 2015).

Bilişsel ayrışma, düşüncelerin ve psikolojik durumların biçimi, sıklığı veya duyarlılığı açısından bilişsel tarafsızlıkla sabit olmadığını ifade eder. Bunun yerine, istenmeyen işlevleri değiştirmeye yönelik bir çaba içerir. Başka bir deyişle KKT, bireylerin düşünceleriyle nasıl etkileşimde bulduklarını ve iletişim kurduklarını değiştirerek zararlı işlevleri minimize etmeye odaklanır (Hayes vd., 2006). Geleneksel BDT'de kullanılan bilişsel yeniden yapılandırma, işlevsiz düşünceleri geçersiz kılmak için bir tekniktir. Diğer yandan, Kabullenme ve Kararlılık Terapisi, olumsuz düşüncelerin işlevlerini değiştirmeye odaklanır ve "bilişsel ayrışma" olarak bilinen teknikleri kullanır. Teknikler, KKT' nin ilişkisel çerçeve kuramının dil ve düşünce süreçlerine dair bakış açısından yararlandığı görülür. Örneğin, temizlik obsesyonları olan bireyin zihnine "kirliyim" düşüncesi geldiğinde gelen bu düşünce ile kendiliğini ayıramaz ve "bilişsel kaynaşma" sürecini yaşar. Düşünceleri ile bütünleşen birey obsesyonlarını ve oluşan kaygısı ile baş etmek için çeşitli kontrol edici davranışlara başvurur. KKT terapisi OKB' de, bireyin "bilişsel kaynaşma" halinden "bilişsel ayrışma" sürecini deneyimlemesini teşvik eder. Dili kullanarak, örneğin; kişinin "kirliyim" yerine "Şu anda kirli olduğuma dair bir düşünce ile karşı karşıyayım" şeklinde anlık halini ifade etmesi önerilir. Böylece birey andaki halinin sadece bu düşünceyle ilişkili olduğunu anlaması istenir. Başka bir örnek, "ben depresyundayım" yerine "şu anda -depresyon' denilen bir duyguya- sahibim" gibi bir ifade kullanmanın önerildiği görülür. KKT terapisi, bu bilişsel ayrışma sürecini sağlamak için çeşitli teknikler ve yöntemler sunar (Hayes vd., 2004; Pilecki vd., 2012).

Bağlam Olarak Öz/Bağlamsal Benlik; Bir bireyin kendi içsel deneyimlerini gözlemleyebildiği bir perspektifi ifade eder. Bu, bu deneyimlerden ayrışabilme yeteneğini içerir ve aynı zamanda sürekli mevcut olan ve değişmeyen bir kendilik hissini deneyimlemeyi içerir (Yu vd., 2017; Patel vd., 2007). Zarar verilemeyecek ve her zaman mevcut olan değişmez bir benlik duygusunun var olduğunu deneyimlemeyi içermektedir. Bu "aşkın benlik duygusu" düşüncelerin, duyguların ve geçmiş deneyimlerin ötesine geçen ve bu deneyimlerin meydana geldiği bir bağlam ya da gözlemcidir (Twohig, 2009).

Perspektif, insanların kendilerini tanımlamak için kullandıkları "Ben-sen", "şimdi-o zaman" ve "burada-orada" gibi dil terimlerinin oluşturduğu diyalektik çerçeveden kaynaklanır. KKT ile ilişkisel Çerçeve Teorisi, bu perspektif kavramından büyük ölçüde etkilenmiştir. Bu bağlamda, aşırı bütünleşmiş bir kavramsallaştırılmış benlik, KKT tarafından psikolojik esnekliği kısıtlayan bir faktör olarak ele alınır. Çünkü bağlamsal benlik, duygular, duyular, düşünceler, anılar ve alternatif benlik deneyimleri gibi koşullar arasındaki bilinçli ve farkında iletişim yoluyla oluşturulur. Bağlamsal benlik, kabullenmeyi teşvik eden ve bilinci bir tehdit olarak görmeyen bir tür iç süper ego olarak kabul edilir (Hayes vd., 2004).

Şimdiki an ile Temas/Anda Olmak; KKT yaklaşımında ana vurgu, düşünceleri değerlendirmeden, sadece onlara odaklanmaktır (Thowig, 2006). Şimdiki ana odaklanma, kişinin anlık deneyimlere ve çevresel olaylara dikkatini verme ve bu anın içinde aktif bir katılımcı olma pratiğini ifade eder. Bu yaklaşım, kişinin gözlemci rolünden ziyade deneyimlen rolünü üstlenmesini içerir. Yani, kişi sadece o anın gözlemcisi olmak yerine, o anın içinde derinlemesine yaşayan bir katılımcı olarak bulunur.

Bu yaklaşımın amacı, danışanlara gerçek dünyayla daha doğrudan bir bağlantı kurmalarını sağlamaktır. Bunu başarmak için, bireyler çevrelerine ve kişisel deneyimlerine daha fazla farkındalık geliştirmeye teşvik edilirler. Bireylerden, mevcut durumu yargılamadan sadece kategorize etmeleri beklenir. Bu şekilde, durumsal farkındalık geliştirme sürecinin bir parçası olarak kişilerin kendilerine dair bir kimlik duygusu oluşturmalarına yardımcı olunur. Örneğin, "Şu anda bu düşünceyi düşünüyorum" veya "Şu anda bu duyguyu hissediyorum" gibi ifadeler kullanarak, bireyler şu anki deneyimlerine daha fazla odaklanır ve içinde buldukları anın içine girerler. Bunun için yapılan egzersizler, bireylerin "şimdi ve burada" olma duygusunu güçlendirmeyi amaçlar. Bu tür egzersizler, kişilerin temel değerlerine daha fazla esneklik kazandırdıkları ve bu değerlere daha uygun bir şekilde hareket etmeye başladıkları bir zemin oluşturur. (Hayes vd., 2004; Hayes vd., 2006).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) bağlamında "anda olmak," içsel ve dışsal olayları, herhangi bir bağlanma, değerlendirme veya yargılama olmaksızın bilinçli bir şekilde deneyimlemeyi ifade eder (Twohig, 2009). Bu yöntem aynı zamanda bir tür maruz bırakma pratiği olarak da işlev görebilir. Bu, kişinin zihinsel düşüncelere bir gözlemci gibi odaklanmasını, duygularını serbest bırakmasını ve düşünce ile duygu akışına farkında bir şekilde izin vererek, bireyin en yoğun duygusal deneyimleriyle derinlemesine ve reaktif olmadan etkileşime girmesini ve bu öznel deneyimlere maruz kalmasını içerir. Farkındalıkla birlikte, birey sonunda rahatsız edici duygu ve düşüncelerinin doğal olarak geçeceğini ve bunlardan korkma veya kaçınma ihtiyacı olmadığını fark eder (Shapiro vd., 2006).

Değerler; KKT, bir bireyin yaşamında değer verdiği alanları belirlemeyi ve bu alanlarda daha tatmin edici bir yaşam sürmesini amaçlar (Wilson, 2008). KKT, kişinin değerlerini ve bu değerlere dayalı bilinçli davranışları odaklayan bir terapi yaklaşımıdır. Değerler, bireyin yaşamında anlam ve yönlendirme sağlayan önemli kavramlarını ifade eder. Örneğin, aile, kariyer, maneviyat, sağlık, gibi. KKT, hastalara bu değerlerini tanımlamaları ve bu değerler doğrultusunda nasıl yaşamak istediklerine dair bilinçli kararlar almaları konusunda rehberlik eder. Bu terapi, bireyleri olumsuz sonuçlardan kaçınmak yerine, değer verdikleri yaşam alanlarına odaklanarak daha anlamlı bir yaşam sürmeye teşvik eder. Örneğin, kişiler, nasıl hatırlanmak istediklerini düşünerek bir değerler çalışmasına katılarak farkındalıklarını artırabilirler (Biglan vd., 2008; Hayes vd., 2006). Bu bağlamda, KKT, bireylerin kaçınma eğilimlerini azaltmalarına, yaşam amaçlarına daha fazla odaklanmalarına ve psikolojik olarak daha uyumlu hale gelmelerine yardımcı olabilir. Bu terapi, değerlere dayalı davranışların, kişisel gelişim ve yaşam tatminini artırabileceği fikrini destekler (Yavuz, 2015).

Taahhüt edilen eylemler/ Adanmışlık; KKT bu aşama ve davranış değişimine odaklanır. Bu aşamada, bireyin haftalık görevleri, kişinin değerleriyle uyumlu olarak belirlenir. Taahhüt edilen, bireyin seçtiği değerlere bağlı kalarak, sonuç ne olursa olsun tekrar tekrar tutarlı bir şekilde davranmasını ve bu değerlere sadık kalmayı hedefler. Bu süreçte, kişi seçtiği değerlere uygun davranmaya devam ederken, karşısına çıkan her türlü engeli veya zorluğu aşmayı amaçlar (Wilson, 2008). Değerlerinizi belirlemek, yaşamınızda neyin gerçekten önemli olduğunu anlamak için birinci adımdır. Örnek vermek gerekirse, sağlıklı bir yaşam tarzına önem veriyorsanız, bu değeri doğrultusunda beslenme alışkanlıklarınızı şekillendirebilir ve düzenli olarak egzersiz yapabilirsiniz. Bu değerleriniz, nasıl davranmanız gerektiği konusunda size rehberlik eder. Bu uğurda önünüze çıkan engelleri kontrolün önemini vurgulayan ifadelerin aksine, kararlı eylemler, insanları kendi değerlerine uygun şekilde hareket etmeye teşvik eden bir yaklaşım sunar. Bu noktada, "Otobüsteki Canavar" alegorisi anlamlı bir örnek sunar (Biglan vd., 2008).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), insanlara hedeflerine doğru ilerlerken duygularını ve düşüncelerini bastırmak yerine nasıl bu deneyimleri yaşayacaklarını öğretmeyi amaçlar. Özellikle KKT bu aşamada, davranışçı terapilerin temel tekniklerinden olan "maruz bırakma (exposure)", "beceri eğitimi", "hedef belirleme" ve bu "hedeflere aşamalı ilerleme" gibi yöntemleri de kullanmaktadır (Gregg vd., 2007).

Sonuçta KKT, danışanın 'psikolojik esnekliğini' arttırmayı amaçlamaktadır (Twohig, Whittal, Cox ve Gunter, 2010). Psikolojik esneklik, şu anla temas halinde olma, kişinin düşüncelerinin, duygularının ve hislerinin tam olarak farkında olma ve bunların, üzücü olanlar da dahil, hepsini kabul etme kapasitesi olarak anlaşılabilir. Amaç, kısa vadeli olumsuz düşünce ve duygularıyla baş etmek için seçtiği stratejiler yerine, uzun vadede kişinin seçtiği değerlerle tutarlı bir hayat sürmesini teşvik etmektir. OKB tedavisinde KKT' nin temel önermesi danışanın psikolojik esnekliğini geliştirmek, böylece obsesyonların ve kompulsyonlarının, kişinin daha dolu ve canlı bir yaşam sürmesini engellememesini sağlamaktır.

Twohig' in OKB tedavisinde KKT' nin kullanımı için hazırlanan tedavi el kitabında tedavi toplamda sekiz hafta, haftada bir saat olacak şekilde düzenlenmiştir (Thowig, 2009).

Tablo.1. OKB Tedavisinde KKT' nin Kullanımı için Kısaltılmış Tedavi El Kitabı (Thowig, 2009, akt; Karaca vd., 2020).

Seans	İçerik ve Amaçlar
1. Seans	- Terapinin nasıl yapılacağına dair bilgi toplama - OKB semptomlarının değerlendirilmesi - Yaratıcı çaresizlik (Creative hopelessness) kavramı - Danışanın obsesyonlarını azaltmak için kullandığı stratejilerin değerlendirilmesi - Obsesyon ve kompulsiyon farkının açıklanması - Danışana ev ödevi olarak OKB' nin zararları ve kompulsiyonlarını yazması istenir.
2. Seans	- Danışanın obsesyonları kontrol etmek için kullandığı stratejilerin etkinliği - Halat metaforu anlatımı ve gözlem yapma önerisi - Kontrol davranışlarına karşı tutumun kırılması hedeflenir.
3. ve 4. Seans	- Kontrol sorununun vurgulanması - Süpermarket çocuğu örneği - İsteklilik (willingness) konsepti - Danışandan rahat bir yerde düşünce ve duygularını deneyimlemesi istenir. - İstek günlüğü uygulanabilir.
5. ve 6. Seans	- Bağlamsal benlik ve bilişsel ayrışma kavramları - Bağlamsal benlik ile düşünce ve hislerin nasıl ele alınması gerektiği - Bilişsel ayrışma kavramı - "Süt" egzersizi - Gözlemci ödevi
7. ve 8. Seans	- Danışanın yaşam değerlerinin belirlenmesi - Değerlere uygun davranma odaklanması teşvik edilir.

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)' nin OKB Üzerindeki Karşılaştırmalı Etkililik Çalışmaları

Kabul ve Kararlılık Terapisi' nde, OKB modeli ampirik olarak desteklenmiştir. Ayrıca birçok vaka çalışması, randomize kontrollü çalışmalar KKT' in OKB semptomlarını azaltmada etkin olduğunu göstermiştir ve özellikle önemli mekanizmaların bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik olduğu bulunmuştur (Trent vd., 2021).

Bilimsel çalışmalar, KKT' nin bilişsel terapi (BT) ve BDT gibi yapılandırılmış psikoterapilerle karşılaştırıldığında kesin bir üstünlüğünün olmadığını, ancak birçok psikolojik rahatsızlık için etkili bir seçenek olarak kabul edildiğini göstermektedir (Bluett vd., 2014; Powers vd., 2009).

Yapılan bir araştırmada, OKB hastalarının KKT tedavisine yanıt verdiğini göstermektedir. Katılımcıların kompulsiyonlarının azaldığı ve bu iyileşmelerin 3 aylık takip süresince devam ettiği belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinde olumlu değişiklikler gözlenmiştir. Bu süreçte yaşantısal kaçınma, obsesyonların inanılabilirliği ve obsesyonlara tepki verme ihtiyacının azaldığı ve katılımcıların tedaviyi oldukça kabul edilebilir bulduğu tespit edilmiştir (Twohig vd., 2006).

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış altı katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, KKT, BT ve Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (MBTÖ) tedavilerinin etkilerini karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışma yürütülmüştür. Araştırma sonuçları, istatistiksel analizler ve görsel incelemelerle desteklenmektedir. Tüm tedavi koşullarında obsesyonlar, kompulsiyonlar veya her ikisi de olan katılımcıların belirtilerinde azalma gözlemlenmiştir. Görsel analize dayalı olarak, KKT grubundaki bir katılımcının psikolojik esneklik açısından en büyük değişimi yaşadığı belirlenmiştir. Diğer katılımcılar ise genel olarak benzer değişimler göstermiştir. Bu bulgular, OKB tedavisi için KKT, BT ve MBTÖ' nün benzer şekilde etkili seçenekler olabileceğini göstermektedir (Twohig vd., 2010).

Dini temellere dayalı OKB hastalarında KKT' nin etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülen bir araştırmada, tedavinin OKB belirtilerinde azalmaya neden olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, tedavinin kazanımlarının 3 aylık takip sürecinde arttığı belirlenmiştir (Dehlin vd., 2013).

OKB için KKT tedavisi gören hastaların seanslar boyu psikolojik esneklik düzeyinde meydana gelen değişimleri incelemek amacıyla yapılan araştırmada tedavi sonrası psikolojik esneklik düzeyinin, tedavi öncesinden takibe kadarki OKB şiddetindeki azalmalara aracılık ettiği belirlenmiştir (Twohig vd., 2015).

Tek denekli vaka çalışması deseni kullanılarak gerçekleştirilen araştırmada, OKB tanısı alan bir kadın katılımcıya MBTÖ yöntemi ile birlikte KKT müdahalesi uygulanmıştır. Değerlendirilmiş Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) puanlarında güvenilir ve olumlu bir iyileşme gözlemlenmiştir. Ayrıca, katılımcının iyi oluşunda da belirgin düzelme olduğu rapor edilmiştir (Wheeler, 2017).

Geleneksel MBTÖ ile KKT ve MBTÖ kombinasyonunun etkililiğini karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, her iki tedavi de OKB ve depresyon belirtilerinde azalmaya neden olmuştur. Ancak, tedavi yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Elde edilen iyileşmelerin takip sürecinde de sürdüğü gözlemlenmiştir (Twohig vd., 2018).

OKB tanılı kişilerde MBTÖ ve KKT ile kombine tedavisi sırasında psikolojik esneklikte oluşan değişimlerin KKT' sine özel olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan vaka çalışmasında her iki koşulunda psikolojik esneklik alanında pozitif etkisi olduğu görülmüştür (Thompson vd., 2021).

SSRI tedavisi gören ve OKB tanısı almış hastaların tedavilerine Grup Kabul ve Kararlılık Terapisi eklemenin etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmada; tedavi sonrası ve takip sürecinde, SSRI ilacına ek olarak uygulanan KKT koşulunda, sadece SSRI tedavisi alanlara kıyasla "Ruminatif Yanıt ile Kabul ve Eylem Ölçekleri" nde anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir. Ayrıca, KKT koşulunda tedavi esnasında hiçbir katılımcının tedaviyi yarıda bırakmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar, SSRI tedavisi alan OKB hastalarına KKT' nin eklenmesinin olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Rohani vd., 2018).

Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ile KKT arasındaki etkilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, 128 katılımcı yer almıştır. Katılımcılar, DSM-IV tanı kriterlerine göre Panik Bozukluk, Sosyal Kaygı Bozukluğu, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Özgül Fobi veya OKB tanısı almışlardır. Bu kişiler, KKT ve BDT olmak üzere iki farklı terapi grubuna ayrılmışlardır. On iki haftalık terapi sürecinin sonunda, katılımcıların kaygı düzeylerinde KKT ve BDT grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgular, kaygı bozuklukları tedavisinde KKT ve BDT'nin benzer etkilere sahip olabileceğini işaret etmektedir (Arch, 2012).

OKB tanılı bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, KKT, SSRI ve KKT ile SSRI kombinasyonunun etkililiği karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, KKT (% 44) ve kombine (% 40) tedavi, yalnızca SSRI (% 12.5) tedavisine göre OKB belirtileri ve deneyimsel kaçınma üzerinde anlamlı bir şekilde daha fazla iyileşmeye yol açmıştır. KKT ile kombine tedavi arasında OKB belirtileri veya deneyimsel kaçınma üzerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. KKT grubundaki katılımcıların % 22' si tam remisyona ulaşırken, kombine gruptakilerin % 20' si aynı sonuca ulaşmıştır. Bununla birlikte, SSRI tedavi grubunda hiçbir katılımcının tam remisyona ulaşamadığı gözlenmiştir. Araştırmada toplamda 5 katılımcının tedaviyi yarıda bıraktığı bildirilmiştir (3 SSRI, 1 KKT, 1 kombine). Bu bulgular, KKT ve kombine tedavinin OKB belirtileri üzerinde daha etkili olabileceğini göstermektedir (Vakili vd., 2015).

Tartışma ve Sonuç

Bu yazıda, OKB' nin tedavisinde kanıta dayalı, kısa süreli ve sorun odaklı, yapılandırılmış bir terapi olan Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi (Sungur, 2004) ile 3. kuşak/yeni nesil Bilişsel-Davranışçı Terapi Yaklaşımlarından biri olan Kabul ve Kararlılık Terapisi' nin karşılaştırmalı bir derlemesi amaçlanmıştır. Sorun çözme ve eyleme dayalı terapi olan Klasik BDT (Özdel ,2015)' nin davranışçı tekniği Maruz Bırakma ve Tepki Önleme, OKB tedavisinde altın standart olarak 3. Kuşak bilişsel davranışçı temelli terapilerde farklı şekilde uygulamalarla öne çıkmaktadır. Bireylerin yüksek kaygı duydukları obsesyonları önlemek amacıyla planlanan davranışçı teknik MBTÖ, her OKB' li birey için zorlayıcı olabilmektedir.

OKB tedavilerinde BDT'nin başarısı, sağlam bir teorik temele dayanan ve kontrollü bir araştırma yaklaşımıyla yürütülen çalışmaların sonuçlarına dayanmaktadır. Clark (1999), davranışçı tekniklerin yetersiz kaldığını vurgulayarak, OKB tedavisine kognitif bileşenin dahil edilmesinin gerektiğini vurgulamıştır. Bilişsel Terapi (BT) kuramı, kişilerin duruma verdikleri tepkilerin durumla ilişki olmayıp o duruma verdikleri anlamla ilişkili olduğunu ve bu manada bilişsel çarpıtmaların rahatsızlıklara neden olduğunu vurgular (Beck, 2018). BDT, OKB' de kişinin takıntılı düşüncelerinin onun için ifade ettiği anlamına ve o düşünce karşısında meydana gelen davranışsal tepkiye odaklanmaktadır (Purdon ve Clark, 1999).

OKB tedavilerinde BDT' nin başarısı, sağlam bir teorik temele dayanan ve kontrollü bir araştırma yaklaşımıyla yürütülen çalışmaların sonuçlarına dayanmaktadır. Clark (1999), davranışçı tekniklerin yetersiz kaldığını vurgulayarak, OKB tedavisine kognitif bileşenin dahil edilmesinin gerektiğini vurgulamıştır. Bilişsel terapi (BT) kuramı, kişilerin duruma verdikleri tepkilerin durumla ilişki olmayıp o duruma verdikleri anlamla ilişkili olduğunu ve bu manada bilişsel çarpıtmaların rahatsızlıklara neden olduğunu vurgular (Beck, 2018). BDT, OKB' de kişinin takıntılı düşüncelerinin onun için ifade ettiği anlamına ve o düşünce karşısında meydana gelen davranışsal tepkiye odaklanmaktadır (Purdon ve Clark, 1999).

Steven Hayes'in ortaya attığı İlişkisel Çerçeve Kuramı, Kabul ve Kararlılık Terapisi' nin temel teorik yapısını oluşturur. Bu kuram, dile önem verirken, insanların olayları öğrenirken kavramları karşılıklı ilişkiler bağlamında algıladığını belirtir. İsimler ve nesnelere gibi kavramlar, biçimlerinden bağımsız olarak ilişkili bir şekilde öğrenilir (Fletcher ve Hayes, 2005). Kabul ve Kararlılık Terapisi, diğer davranışçı terapilerden ayrılarak sorunlu davranışları yalnızca biçimsel yönleriyle değil, aynı zamanda işlevsel yönleriyle de ele alır. Bu terapi, düşüncelerin ve davranışların ortaya çıkma nedenlerine ve süreçlerine derinlemesine odaklanır (Hayes vd., 2004). KKT' in de dil, düşünceler ve duyguları bastırmak yerine gevşemeyi ve kabulü teşvik eden bir terapi türüdür. Bu strateji, bireyin kendi idealleriyle uyumlu psikolojik esnekliği ve davranış değişikliğini teşvik etmeyi amaçlar (Biglan vd., 2008). KKT' ye göre, insanlar bir uyarının işlevini, benzerlik, zaman ve ilişki gibi çerçeveler aracılığıyla diğer durumlara aktarma yeteneği geliştirirler (Thowig, 2009). KKT 'nin OKB' ye yaklaşımı, "deneyimsel kaçınma" kavramına odaklanarak rahatsız edici düşüncelerden kaçınma eğilimini ele alır. OKB' de, bu kaçınma eğilimi, rahatsız edici düşünceleri bastırmayı içerebilir, ancak bastırma veya kaçınma aslında sorunu artırabilir. KKT, bu tür kaçınmanın semptomları şiddetlendirebileceğine dikkat çeker (Hayes vd., 1996). Bu yaklaşım, düşük kabul ve psikolojik katılımın OKB semptomlarını artırabileceğini vurgulamaktadır (Bluett vd., 2014). KKT' nin değer odaklı yaklaşımı, geleneksel BDT' ye kıyasla genel refahta daha kapsamlı ve bütünsel bir iyileşmeye katkıda bulunabilir.

BDT perspektifinde, abartılı sorumluluk modeli ve Düşünce-Eylem Kaynaşması (DEK) ile ilişkilendirildiğinde, bireyin sürekli düşünceleri ile uğraşması, bu düşünceleri kontrol etmeye çalışması ve değişmezlik inancı, düşünce katılımının bir göstergesi olabilir. Psikolojik esneklik, bu durumu aşmak için önemlidir ve KKT olaylara ve ruhsal bozukluk kriteri olan semptomlara farklı yaklaşımı yeni bir bakış açısı sunar. KKT, belirli tekniklerin öne çıkmadığı, ilişkisel çerçeve modeline dayanan altı psikolojik süreçlerin temelinde çalışır. Bu süreçler; Kabul , bilişsel ayrışma, bağlam olarak öz /bağlamsal benlik , ana odaklanma, değerler ve taahhüt edilen/adanmış eylemdir (Thowig vd., 2006). KKT, duygular ile düşünceler arasındaki ilişki, dilin ve kullanılan kelimelerin dünyayı algılamayı ve sorunlarla baş etmeyi şekillendirdiği bu süreçler ışığında doğrusal olmayan bir yaklaşım ile yaklaşır. KKT bireyin, acıdan kaçmak, uzaklaşmak ve acıyı ret etmek adına yaptığı tüm stratejilerin acıyı artırdığını ve sorunun kendisi olduğunu savunur. İyileşmenin de acı çekmeyi kabul ile doğrudan ilişkilendiğini vurgular. OKB ve diğer olumsuz, işlevselliği bozan durumlarda da bireyin, hissettiği acıyı kendinden uzaklaştırmak yerine acıyı yanına almak ve acıyı kabul etmekle başlanır BDT'nin ABC modeli doğrusaldır. A-O-lay(durum)/ tetikleyici iken B- Olaya dair düşünce ve C-Sonuçtur. KKT' de doğrusal değildir ve altı psikolojik sürecin herhangi birinden, bağlamsal olarak kişinin hayatını olumsuz etkileyen durum üzerinde ilişkisel olarak ele alınır Terapist yönlendirici veya öğretici değildir, eşlik edendir. KKT, OKB' de obsesyonların kontrolüne odaklanmak yerine, kabul ve değerlere uygun davranışları hedefler. KKT, OKB' nin neden olduğu bilişsel süreçleri ve tepkileri ele alır (Thowig, 2006; Harris, 2006).

KKT, kişinin aktif bir kabul ile bilişsel ayrışmayı hedefler. Bilişsel ayrışma, düşünceler ile gerçeklik arasındaki ayrımın farkına varılmasını sağlayarak düşüncelerin sabit olmadığını ve istenmeyen işlevlerini değiştirmeyi amaçlar (Fletcher ve Hayes, 2005; Hayes vd., 2006). KKT, farkındalığı artırarak düşüncelerin değişebileceğine odaklanır (Hayes vd., 2006).

Bilişsel ayrışma, BDT'nin DEK kavramına katkıda bulunabilir. KKT' de bilişsel ayrışma, bilişsel kaynaşma kavramının anlaşılması açısından önemlidir; zihinsel ürettiği kelimeler, farklı açılardan etki edebilir (Hayes vd., 2004; Pilecki vd., 2012). OKB' de "bilişsel ayrışma", obsesif düşüncelerle farklı bir perspektif kazanmak için bu düşüncelerin sadece düşünceler olduğunu kabul etme sürecini ifade eder. Bu manada düşüncelerin zihnin ürettiği bir ürün olduğunun anlaşılması ve farkına varılması önemlidir. KKT bilişsel ayrışma için, BDT'de düşüncelerin sorgulanmasında kullanılan teknikler yerine daha çok, metaforları kullanmayı tercih eder. Ayrıca KKT' nin ilişkisel çerçeve modelinde vurgu yapılan dilin fonksiyonu kullanılabilir. Örneğin, temizlik ile ilişkili OKB' si olan bireyin "şu an 'kirli olduğum ve ellerimi yıkamalıyım' düşüncesi ile karşı karşıyayım" şeklinde kendini ifade etmesi, zihnin fonksiyonu olan düşünce ile kendini ayrıştırması na ve böylece bilişsel ayrışma sürecini deneyimlemesine yardımcı olur.

Bağlamsal benlik süreci, bireyin içsel deneyimlerini gözlemleyebilme ve aynı zamanda değişmeyen bir benlik duyguyu yaşama yeteneğini ifade eder. Bu, sadece düşüncelerle ve duygularla sınırlı kalmayıp deneyimlerin gözlemcisi olmayı içerir (Patel vd., 2007; Thowig, 2009; Yu vd., 2017). Bu aşkın benlik duygusunun gelişmesi, bireyin sadece düşünceleriyle sınırlı olmadığını anlamasına ve kendini yargılamadan kabul etmesine yardımcı olabilir. BDT'nin DEK çalışması, kişinin düşünceleriyle aynı olmaya dair inancıyla ilişkili abartılı sorumluluk ve bilişsel çarpıtılmış inançlarıyla da doğruluğunu sorgula teknikleri ile çalışılırken 'de bilişsel ayrışma için metaforlar ve aşkın benlik/bağlamsal benlik süreci çalışılır.

KKT, bilinçli deneyimi ifade eden "anda olmak" kavramını içerir (Twohig, 2009). Bu yaklaşım aynı zamanda meditatif egzersizlerinde kullanılır. Birey, düşüncelere gözlemci gibi odaklanır, duygularını serbest bırakır ve farkındalıkla duygu-düşünce akışına izin verir (Shapiro vd., 2006). KKT, bireylerin değerlerine odaklanarak müdahale eder. Değerler, yaşamda anlam ve amaç bulmaya yardımcı olan temel kavramlardır. Bu terapi, kaçınma eğilimlerini azaltarak insanların yaşam amaçlarına daha fazla odaklanmalarını ve psikolojik uyumu artırmalarını amaçlar (Yavuz, 2015). Adanmış eylem evresi, KKT'nde davranış değişimine odaklanır. Birey, seçtiği değerlere uygun olarak haftalık görevlerini yerine getirir. Bu aşama, seçilen değerlere bağlı kalma ve tutarlı davranma üzerine odaklanır; kişi, zorluklarla karşılaşsa dahi değerlerine bağlı kalmayı hedefler (Wilson, 2008). Bu süreç BDT'nin ev ödevlerine denk düşmektedir. Ayrıca MBTÖ'ye gönüllü bir katılım olarak da görülebilir. KKT, düşünceleri kontrol etmek yerine kabul etme ve değerlere dayalı yaşam becerilerini geliştirmeye odaklanır. Bilişsel çarpıklıklara değil, deneyimlerin bağlamına odaklanarak farkındalık ve psikolojik esnekliği artırmayı hedefler. Bu yöntem, psikolojik acıyı psikolojik esneklik eksikliği olarak tanımlar ve bireyin benlik algısına, anın tadını çıkarmasına ve değerlere dayalı faaliyetlere odaklanarak esnekliği geliştirmeyi hedefler. Bu yaklaşım, OKB semptomlarına direnme yerine kabullenmeyi ve değerler çerçevesinde anlam bulmayı önerir.

KKT tedavisinin OKB üzerindeki etkisi incelendiğinde; Trent vd. (2021), KKT'nin OKB semptomlarını azaltmada etkili olduğunu ve mindfulness ile psikolojik esneklik gibi mekanizmaların önemini vurguladı. Bluett vd. (2014) ise, KKT'nin, BDT ve yapılandırılmış terapilerle karşılaştırıldığında kesin bir üstünlüğü olmamakla birlikte, etkili bir seçenek olduğunu belirtti. Çeşitli araştırmalar OKB hastalarında KKT'nin olumlu etkilerini belirtirken, Twohig vd. (2006), KKT tedavisine olumlu yanıt veren hastalarda kompüsyonlarda azalma ve sürdürülebilir iyileşme gözlemledi. Ayrıca, dini temellere dayalı OKB hastalarında KKT'nin belirtilerde azalmaya neden olduğunu belirten Dehlin vd. (2013), benzer sonuçlar elde etti. KKT'nin, MBTÖ yöntemiyle birleştirilmesinin OKB tedavisinde olumlu etkileri olduğunu vurgulayan Wheeler (2017) ve Twohig vd. (2018)'da bu terapinin OKB semptomları ve depresyon belirtileri üzerindeki etkisini vurguladı. BDT ve KKT arasındaki karşılaştırmalı çalışmalar, bu terapilerin anksiyete bozuklukları üzerinde benzer etkilere sahip olduğunu gösterdi (Arch vd., 2012). Yine, OKB tanılı bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, KKT ve SSRI tedavisi kombinasyonunun, yalnızca SSRI tedavisine göre OKB semptomları ve deneyimsel kaçınma üzerinde daha etkili olduğunu belirten Vakili vd. (2015), KKT'nin tedaviye olumlu katkılarını vurgulamıştır.

Belirtilen araştırmaların sonuçlarına göre, KKT'nin tek başına tedavi yöntemi olarak kullanıldığı çalışmalar, BT, MBTÖ ve SSRI grubu ilaçlar ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda anlamlı bir fark bulunmamasına karşın KKT'nin BDT gibi yapılandırılmış olmasa da en az onun kadar etkili olduğu ve OKB'de psikolojik esneklik ve ruminatif yanıtlar açısından pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Tek başına SSRI grubu ilaç kullanımında remisyona ulaşmada sorun olurken gerek BDT gibi KKT'nin de kombine edilmesinde remisyona ulaşmada ve tedaviyi tamamlamada olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Ayrıca daha önce BDT ile başlayan terapiye KKT ile devam etmenin ve kişide MBTÖ, SSRI ve KKT'nin bütüncül olarak kullanmanın daha etkili olduğunu bize düşündürmektedir. KKT'nin diğer yapılandırılmış psikoterapi yöntemleri ile karşılaştırıldığı çalışmalarda da KKT'nin klasik BDT kadar etkili olduğu görülmektedir (Bluett vd., 2014; Powers vd., 2009).

Sonuç olarak, OKB tedavisinde, BDT ve ilaç tedavileri belirli bir etkinlik gösterse de tedaviye olan yanıtın ve semptomların bazılarında kalıntı bırakması, tedavinin yarım bırakılma oranları gibi durumlar hala bir sorun teşkil etmektedir. Bu durum, yeni nesil terapilerin önemini vurgulamaktadır. BDT'nin davranışçı ve bilişsel alt yapısı OKB'nin tedavisinde temel bir rol oynar. Bununla birlikte BDT'nin yapılandırılmış modeli, terapistler için belirgin bir yol haritası sunsa da interaktif olursa da danışanların bazılarında zorluklarla karşılaşmaktadır. Sokratik sorgulamalarla çarpık inançların doğruluğunun sorgulanması, Düşünce eylem kaynaşması ve olaylara yüklenen anlamın değiştirilmesi, BDT'nin semptomlara neden olan düşünceler üzerinde odaklanmasına neden olabilmektedir. Buna karşılık, KKT bireyin davranışlarını bağlam içinde değerlendirir ve iyi veya kötü davranışlar arasında ayırım yapmaz. KKT, bireyin hayatındaki zorluklarda OKB semptomlarına yönelik kompüsyonların işlevselliğini değerlendirir. KKT'nin temelinde transdiagnostik, tanı üstü bir yaklaşım bulunur. Bireyin rahatsızlıkları bir hastalık veya bozukluk olarak görülmez; bunun yerine, süreç odaklı bir yaklaşımla bireyin deneyimleri ve duyguları merkeze alınır. BDT'nin yeni nesil terapi kuramları, batılı psikoterapi kuramlarına doğru ve budist bir dönüşüm eklemektedir. Acı veren davranışları ve inançları düzenlemeyi amaçlarken yeni nesil bu acıyı hissettiren davranış ve inanışların farkına varılması ve kabullenilmesi için beceri kazanmayı hedefler (Prochaska ve Norcross, 2010). KKT, hümanistik bir bakış açısı sunarak, bireylerin kendilerinin semptomlardan ibaret olmadıklarını ve tüm diğer özellikleri ile bir bütün oldukları gerçeğini savunur. Buna göre KKT terapisti, Hümanistik Psikolojinin temel mottosuna inanır ve ona uygun yaklaşım sergiler. Böylece terapist, danışanın kendine özgü duyusu, algılayış ve davranış biçimleri ile karakterize, özgün bir birey olup kendine özel hedefleri olduğunu kabul eder. Ayrıca bireyin, kendi potansiyelini gerçekleştirme sorumluluğunu taşıma ve doğasına uygun gelişme isteği olduğundan kendi eylemlerinden ve seçimlerinden sorumluluğunu yerine getirme yeteneğine sahip olduğuna inanır

(Baymur, 1978). BDT' nin yapılandırılmış modeline karşın KKT, bireysel deneyimlere odaklanan, süreç odaklı ve acıyı yanına alan, bilinçli farkındalıkla olaylara esnek bakabilen, değerlerle ilişkilendirmiş kabul temelli bir yaklaşım sunar. Bu farklılık, OKB tedavisinde KKT' nin etkili bir alternatif olabileceğini gösterir. KKT' nin, bireyin psikolojik esnekliğini artırmaya ve onu rahatsız eden olumsuz duygu ve davranışlarının ilişkisinin rahatsızlıklarından ibaret olmadığını, bu rahatsızlıklarından dolayı topluma yabancılaşması ve kendini uzaklaştırması yerine onun farklı özellikleriyle bir bütünlüğünü fark ederek, değerleri ile anlamlı eylemlerde bulunma yeteneğine sahip olduğunu kabul eder. Birey, hayatını duygularının ve düşüncelerinin onu kontrol etmesine izin verebilir ya da farkındalık becerisini geliştirerek kendisi için değerli olan hayatın tadını varabileceği diğer eylemlere yöneltebilir. Bu bakış açısı bireyin kendisi için daha iyi olanı seçebilme kabiliyetine inanır ve KKT bireyin burada seçim yapmasına alan açar. Hızlı rahatlama ve semptomların azaltılmasına yönelik yapılandırılmış bir yol arayan kişiler için BDT sağlam bir seçim olarak ortaya çıkıyor. Öte yandan, KKT' nin kabullenmeyi ve psikolojik esnekliği teşvik etmeye yaptığı vurgu, onu daha bütünsel, dönüştürücü bir yolculuk hedefleyenler için cazip bir seçenek olarak konumlandırıyor. Bu terapötik yöntemlerin klinik pratiğe entegrasyonu, hasta tercihleri, semptomatoloji ve tedaviye yanıtın zamansal dinamikleri konusunda ayrıntılı bir anlayışla yönlendirilmelidir.

Bu derleme, OKB tedavisinde BDT ve KKT arasındaki yaklaşım ve yöntem değerlendirilmektedir. Ancak, bu çalışmanın sınırlılıkları vardır. BDT ile ilgili alanda çok sayıda araştırma bulunurken, KKT uygulanan OKB' li danışanlarla yapılan araştırmaların sayısı daha azdır. Bu durum, BDT ve KKT' nin hangisinin daha etkin olduğunu belirlemesini zorlaştırmaktadır. Yapılan araştırmalarda BDT' nin etkin olduğu görülürken, KKT' nin psikolojik etkinlik ve yaşam kalitesini artırmada, tedaviyi sürdürmede daha etkin olduğu sonuçları elde edilmiştir. Kombine tedavilerde ise KKT' nin etkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu bağlamda, OKB tedavisinde bütüncül bir yaklaşımın etkili olabileceği kabul edilebilir. Yeni nesil BDT terapilerinin OKB tedavisinde kullanılmasının, danışanlarda olumlu gelişmeye katkı sağladığı belirtilmekle birlikte, incelenen çalışmalarda kullanılan metodolojilerde önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Örneklem boyutlarının küçüklüğü ve terapi seanslarının süresi ile yoğunluğundaki farklılıklar, bulguların genellebilirliğini sınırlamış ve tedavi sonuçlarını etkilemiş olabilir. Çoğu çalışma kısa vadeli sonuçlara odaklanmıştır; Ancak, tedavinin zaman içindeki kalıcılığını değerlendirmek için boylamsal araştırmalara ihtiyaç vardır. Uzun vadeli takip çalışmaları, BDT ve KKT müdahalelerinin OKB tedavisinde sürdürülebilir faydalar ve potansiyel nüks oranları hakkında daha derin bir anlayış sağlayacaktır. Bu inceleme BDT ve KKT' nin OKB tedavisinde olumlu etkilerini vurgulamakla birlikte, bulguların genelleştirilmesinde dikkatli olunması gerektiğini belirtmektedir. Gelecekteki araştırma çabaları, Obsesif Kompulsif Bozukluğun uzun vadeli tedavisinde BDT ve KKT' nin karşılaştırmalı etkinliğini daha kapsamlı bir şekilde anlamak için belirlenen sınırlamaları ele almalıdır.

KAYNAKÇA

- Allen, K. J. D., Kropfing, J. W., Mathes, B. M., Crosby, J. M., & Elias, J. A. (2016). Thought control strategies in patients with severe obsessive-compulsive disorder: Treatment effects and suicide risk. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.11.004>
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (KKT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Baymur, F. (1994). *Genel psikoloji*. İnkılap Kitabevi.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 9(3), 139-152. <https://doi.org/10.1007/s1121-008-0099-4>
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., & Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14(4), 214-218. <https://doi.org/10.1002/da.1069>

- Catapano, F., Sperandio, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34(2), 62–68. <https://doi.org/10.1159/000049282>
- Clark, D. A. (1999). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 408–415. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(99\)80059-5](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(99)80059-5)
- Cullen, C. (2008). Acceptance and commitment Therapy (KKT): A third wave behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 667–673. <https://doi.org/10.1017/s1352465808004797>
- Çiftçi, Ş., & Kuru, T. (2013).** Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 138-146.
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior Modification*, 37(3), 409–430. <https://doi.org/10.1177/0145445512475134>
- Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R., & Pedrini, L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 156–170. <https://doi.org/10.1097/pra.0000000000000377>
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1543–1558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy: RET*, 23(4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 335–348. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00094-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00094-0)
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C. ve Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336–343.
- Gururaj, G. P., Math, S. B., Reddy, J. Y., & Chandrashekar, C. R. (2008). Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: an Indian perspective. *Journal of postgraduate medicine*, 54(2), 91–97. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.407>
- Gülner Ş.H.; Bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk eşanlı hastalar: klinik özellikler, kişilik ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2-60, (2016)
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2-8.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. ve Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy?. In a practical guide to acceptance and commitment therapy (pp. 3- 29). Springer, Boston, MA.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6). <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (Eds.). (2011). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies. Hoboken: Wiley.
- Karaca, P., Oktay, S., Koçak, M., & Erden, G. (2020). Current psychotherapy approaches in treatment of obsessive compulsive disorder. *Yeni Symposium*, 0, 1. <https://doi.org/10.5455/nys.20200418103657>
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K.8, & Strauss, C. (2019). Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 68(102135), 102135. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102135>
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harvard review of psychiatry*, 11(3), 113–132. <https://doi.org/10.1080/10673220303949>
- Manjula, M., & Sudhir, P. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(7), 104. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_531_18
- Manjula, M., & Sudhir, P. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(7), 104. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_531_18
- Marazziti, D., Dell'Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(7), 407–410. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00697-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00697-1)
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: 1. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 136(1), 1–25. <https://doi.org/10.1192/bjp.136.1.1>
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 162(2), 228–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>

- MEYER V., LEVY R. and SCHNURER A. (1974) The behavioural treatment of obsessive compulsive disorders. Obsessional States (Edited by BEECH H. R.), Methuen, London.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. John Wiley & Sons Inc.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–681. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00017-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00017-X)
- Onaral, G. (2021). Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Üçüncü Kuşak Terapilerin Etkilliliği: Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Guncel Yakasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 13(2), 292–331. <https://doi.org/10.18863/pgy.779029>
- Otte, J., Schickantz, N., & Bentz, D. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on obsessive-compulsive symptoms in the Swiss general population. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1071205>
- Ögel, K. (2012).** *Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü dalga. Farkındalık (ayırmsama) ve kabullenme temelli terapiler*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Öst, L.-G.**, Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- Özdel, K. (2015).** *Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10–20.
- Patel, S. R., Carmody, J., & Simpson, H. B. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 375–380. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.006>
- Philip, J., & Cherian, V. (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28(100603), 100603. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100603>
- Pilecki, B. C., & McKay, D. (2012). An experimental investigation of cognitive defusion. *The Psychological Record*, 62(1), 19–40. <https://doi.org/10.1007/bf03395784>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Prochaska, J.O., & Norcross, J.C. (2014). *Psikoterapi sistemleri: Teoriler ötesi bir çözümlenme. İzmit: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları*.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 102–110. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199905\)6:2<102::aid-cpp191>3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199905)6:2<102::aid-cpp191>3.0.co;2-5)
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385–401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10041-9)
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 889–898. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00051-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00051-4)
- Rohani, F., Rasouli-Azad, M., Twohig, M. P., Ghoreishi, F. S., Lee, E. B., & Akbari, H. (2018). Preliminary test of group acceptance and commitment therapy on obsessive-compulsive disorder for patients on optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 16, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.002>
- Rosaalcazar, A., Sanchezmeca, J., Gomezconesa, A., & Marinmartinez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310–1325. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>
- Sakallı A.K; Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyojoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-26 (2014)
- Salkovskis P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37 Suppl 1, S29–S52.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677–682. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90152-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90152-6)
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-Behavioural Approaches to the Understanding of Obsessional Problems. In R. Rapee (Ed.), *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (2003). Obsessions and compulsions. In *Cognitive therapy in clinical practice* (pp. 39-54). Routledge.
- Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 179–208). Oxford University Press.

- Salzman, L., & Thaler, F. H. (1981). Obsessive-compulsive disorders: A review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 138(3), 286–296. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.3.286>
- Shafraan, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 87–107. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.002>
- Shafraan, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379–391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26(1), 163–186. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80089-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80089-9)
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. New York: Guilford Press.
- Sungur MZ. OKB'nin Anlaşılması ve Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımların Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler (Ed. N. Dilbaz). Ankara, Pozitif Matbaacılık, 2006.
- Sungur, M. Z. (2004). Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel davranışçı tedavisi. Tükel R. Editör. *Anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzu*, 1, 171-189.
- Swedo SE, Snider LA (2004) The neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Neurobiology of Mental Illness*, DS Charney, EJ Nestler (Ed), Oxford University Press, Oxford, New York.
- Şafak Y, Karadere ME, Özdel K, Özcan T, Türkçapar MH, Kuru E et al. (2014) Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 25:225-233.
- Thompson, B. L., Twohig, M. P., & Luoma, J. B. (2021). Psychological flexibility as shared process of change in acceptance and commitment therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A single case design study. *Behavior Therapy*, 52(2), 286–297. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.011>
- Trent, E. S., Guzik, A. G., Viana, A. G., ve Storch, E. A. (2021). Third-wave cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder?: A promising approach if It includes exposure. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 1(1), 37-51.
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.008>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1513–1522. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.002>
- Twohig, M. P., Plumb Vilardaga, J. C., Levin M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. 4, 196-202.
- Twohig, M. P., Whittal, M. L., Cox, J. M., & Gunter, R. (2010). An initial investigation into the processes of change in KKT, CT, and ERP for OCD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(1), 67–83. <https://doi.org/10.1037/h0100898>
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S. ve Smith, B.M. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 108:1-9.
- Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy, selective serotonin reuptake inhibitors and their combination in the improvement of obsessive-compulsive symptoms and experiential avoidance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(2). <https://doi.org/10.17795/ijpbs845>
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., & Wickramaratne, P. J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *The Journal of clinical psychiatry*, 55 Suppl, 5–10.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons Inc.
- Wheeler, C. H. B. (2017). Acceptance and commitment therapy-specific processes in the psychotherapeutic treatment of obsessive compulsive disorder: A single case study. *Clinical Case Studies*, 16(4), 313–327. <https://doi.org/10.1177/1534650117694269>
- Wilson KG, Sandoz EK. Mindfulness, Values, and Therapeutic Relationship in Acceptance and Commitment Therapy. Hick SF, Bien T, ed. *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: The Guilford Press; 2008:89–106.
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva, Licence:CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yılmaz, B. (2018). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Scientific*, 2(1), 21-42. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/lectiosc/issue/39038/457692>
- Yu, L., Norton, S., & McCracken, L. M. (2017). Change in "self-as-context" ("perspective-taking") occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 18(6), 664–672. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.005>

Kaos ve Alan Teorisi Bağlamında Bireyden Topluma Değişimin Bir Paradigması: Yakup Kadri ve Nur Baba Romanına Bütüncül Bir Bakış¹

Burak ŞENSÖZ²

Özet

Geçmişten günümüze gelen süreçte sanat, edebi dönemler ve toplum değişikliğe uğramış ve uğramaya devam etmektedir. Verilen eserler incelendiğinde bu eserlerin aynı yazarın veya sanatçının kaleminden çıkması ihtimalinde dahi çok farklı konular edinildiği saptanabilir. Bu değişikliğin sebepleri toplum, kültür, sanat ve bireyin birbirleri üzerinde olan etkileridir. Bunların tamamı birbirlerini etkileyebilmekte ve bu etkinin tam olarak net bir yönü saptanamamaktadır.

Bu çalışma sanat ve toplum arasındaki ilişkide bireyin geçmiş yaşantılarının, kültürün ve içinde bulunduğu toplumun nasıl bir rol oynadığı ve verdikleri eserlere nasıl tezahür ettiği yönünde Yakup Kadri Karaosmanoğlu'nun 'Nur Baba' isimli eseri üzerinden incelemeye tabi tutulmuştur. Nur Baba kitabının bütüncül psikoterapi bağlamında incelemesi yapılmış, toplumun bireye ve bireyin topluma etkileri kaos ve alan teorisi kapsamında tartışılmıştır. Çalışmanın ruh sağlığı uzmanlarına ve psikoterapi, sanat, sanat terapisi konuları üzerine yapılacak çalışmalarda edebi metinleri değerlendiren; içinde bulunduğu kültür, yazarın yaşamı gibi konularda genelden özele bir değerlendirme yönünde katkı sağlayarak tüm bu incelemeye tabi tutulacak maddelerin birbirleri üzerindeki etkilerinin nasıl olduğu yönünde katkı sağlayacak ve literatürde de psikoloji ve psikoterapi alanları ile diğer bilim dalları arasında kurulacak bağlantılara bir bakış açısı sunarak gelecekte yapılacak olan çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Türk Edebiyatı, Bağlam, Kültür, Kaos ve Alan Teorisi, Bütüncül Psikoterapi

A Paradigm of Individual to Societal Change in the Context of Chaos and Field Theory: A Integrative Examination of the Yakup Kadri and Nur Baba Novel

Abstract

Over the course of history, art, literary periods, and society have undergone changes and continue to evolve. Upon examining various works, it is evident that even if produced by the same author or artist, these works often explore vastly different themes. The reasons for these changes lie in the interplay of society, culture, art, and the individual, each influencing the others in complex ways without a clearly discernible direction.

This study focuses on the relationship between art and society, exploring how an individual's past experiences, culture, and the society they are part of play a role in shaping and manifesting in the works they create. The examination is carried out through the lens of Yakup Kadri Karaosmanoğlu's work, 'Nur Baba.' The comprehensive analysis of 'Nur Baba' delves into the realm of holistic psychotherapy, discussing the impact of society on the individual and vice versa within the framework of chaos and field theory. The study aims to contribute to mental health professionals, particularly those in the fields of psychotherapy, art, and art therapy. It offers insights into evaluating literary texts by providing a contribution that ranges from a general to specific assessment, taking into account factors such as the cultural context and the author's life. By shedding light on how these elements interact, the study aims to provide a perspective that contributes to the connection between the fields of psychology, psychotherapy, and other scientific disciplines in the literature. In conclusion, it is anticipated that this study will serve as a valuable resource for researchers and experts interested in understanding the profound interactions between art, culture, society, and the individual. The examination of 'Nur Baba' and the insights derived from it are expected to guide future studies in the fields of psychology, psychotherapy, and interdisciplinary connections with other scientific disciplines.

Keywords: Turkish Literature, Context, Culture, Chaos and Field Theory, Integrative Psychotherapy

¹ Çalışmanın bir bölümü, 7. Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

² Klinik Psikolog, İstanbul, pskburaksensoz@gmail.com

Giriş

Edebi metinler amacı, türü veya etkilendiği akıma bakılmaksızın, içeriği doğrultusunda duygu, olgu veya durumu yansıtarak eğitmekte ve keyif vermektedir (Aras, 2017). Sanat türlerinden biri olan edebiyatta sıradan olanı, sıra dışı deneyime çevirmenin bir yoludur. Sanat, insanın içini bilmesinin ve kendini gerçekleştirmesinin en iyi yollarından sayılabilir. Tüm bunlar insanın bitmeyen çelişkileri, dürtüleri ve toplumun talepleri doğrultusunda uzlaşmasının bir yolu olabilir (Filiz, 2016). Sanat ile insanın kendini ifade etmesi antikçağa kadar uzanmaktadır. Mağara duvarlarına resim çizmek, ölülerini mumyalamak, tören maskeleri oymacılığı yapmak veya modern zamana geldiğimizde resim yapmak, hamur ve çamur ile bir takım tasarımlar yapmak, bir şeyler yazmak sanat ile insanın psikolojik yapısının çağlar boyunca beraber süregeldiğini gösterebilir. İnsanlık ortaya koyduğu bu eserler ile sadece kendini değil, içinde bulunduğu toplumu ve kültürü de ifade etmektedir.

Kültür, bir çok bilim insanı ve dalı tarafından yapısının değişken ve karmaşık olması sebebiyle farklı tanımlamalar ve açıklamalara tabi tutulmuştur. Günümüzde bu farklılıkların süregelmesi nedeniyle tanımlamaları hala yapılmaktadır fakat UNESCO'nun öne sürdüğü tanım, bu tanımlamalar arasında en yaygın kullanılan tanımlardan biridir. "*Kültür, bir toplumu ya da toplumsal bir grubu tanımlayan belirgin maddi, manevi, zihinsel ve duygusal özelliklerim bileşiminden oluşan bir bütün ve sadece bilim ve edebiyatı değil, aynı zamanda yaşam biçimlerini, insanın temel haklarını, değer yargılarını, geleneklerini ve inançlarını da kapsayan bir olgudur*" (UNESCO, 1982). Kültürün ve toplumun yıllar boyu süren değişimini incelemeye tabi tutarken, toplumu oluşturan bireyin değişimi de göz önünde tutulmalıdır. Birey ve toplumun aynı anda görülebildiği ve incelenebildiği durumlara bakıldığında edebi eserler ve sanat eserleri bu ortak noktaya girebilmektedir.

Yakup Kadri Osmanoğlu II. Meşrutiyet yıllarında ortaya koyduğu tiyatro, menşur şiir ve hikayeleriyle edebiyat dünyasında yer tutmaya başlamış ve usta romancılar arasında görülmüştür. İlk dönem ortaya koyduğu eserlerinde merkeze koyduğu benliğini çevreleyen nefret ve onu inkara giden düşünceler duygu ve düşünceler içinde görülen yazar ilerleyen süreçlerde ferdi beni kuşatan sosyal benliğin belirleyeceğini kabullendiğini, ortaya koyduğu romanlar üzerinden gözlemlenebilir. Yakup Kadri'nin, yayımlanan ilk romanı olan Kıralk Konak (1922)'tan son romanı olan Hep O Şarkı (1956)'ya kadar Türk toplumunun geçirdiği değişim ve dönüşümleri çeşitli problemler ve Batılılaşma olgusu çerçevesinde sunar. Yakup Kadri kaleme aldığı bu romanlarında toplumun aksayan, değerlerini yitirmiş taraflarını çeşitli kurumlar üzerinden sergiler. 'Nur Baba' romanında da dikkatle yaklaştığı Osmanlı tekkeleri ve bu tekkelerde sürdürülen yaşam tarzını konu almıştır. Nur Baba romanı, bir bütün üst değerlerini yitirmiş bir Bektaşî tekkesinde yaşanan hayatı, insanı, onun problemlerini ve bunlar sonucunda insanın psikolojik ve sosyal olarak tükenişini konu edinir. Yayınlandığı dönemde ve hala çok eleştiri alan bu eser her şeyden önce bir roman ve kurmaca dünya olarak anlanılır. Bu sebeple romana veya bu roman incelemelerine yaklaşırken bunun gözden kaçırılmaması gerekir.

Kelimeler ve sembollerin bütünleşmesi edebi eserleri oluşturur. Edebi eserlerin psikanalitik yaklaşımlarla incelenmesi karakterlerin davranışları ve psikolojilerini inceleme metodu şeklinde; roman karakterlerin normal yaşamdan karakterler olarak yaşamdaki kişilerin yansıması ve devamı olarak bazı edebiyat eleştiricileri tarafından kabul edilir. Bu bakış açısıyla, normal yaşamını devam ettiren kişinin duyguları, dürtüleri ve kompleksleri nasıl varsa roman karakterlerinin de benzerlikleri mevcuttur. Özellikle psikanalitik ve sonrasında diğer psikoterapi ekolleri ile yapılan incelemeler vasıtasıyla, bu incelemeler gerçekleştirilirken, karakterler insanın yaşamında gerçeklerden ayrı karakterler olarak değerlendirilmek yerine yaşayan ve iç dünyası ve çatışmaları bulunan gerçek kişiliklermiş gibi incelenir (Gariper ve Küçük-coşkun, 2009). Tüm bu incelemelerin yanında bir diğer noktaysa, ortaya konulan edebi metnin daha önceki edebi metinlerden aldığı kesitlerle yeni bir düzen ortaya getirmesidir. Böylece, edebi eserler daha önce ortaya konulan edebi eserlerden hareketle ortaya konulur ve ortaya çıkan edebi eser metinlerarası bir hal alır (Aktulum, 1999). Bu metinlerarasılık ve belki de yıllar önce ortaya konulan eserin bugün başka bir eserde zühur bulması kaos ve alan teorisini akıllara getirebilmektedir.

Kaos teorisi başlangıç koşullarından derinden etkilenen doğrusal olmayan sistemlerle, karmaşık, tahmin edilemez ve düzensiz etkiler üretebilen küçük varyasyonlarla ilgilenen bir matematik teorisi alanıdır. Bazı psikoloji alanındaki araştırmacılar tarafından insan davranışlarının incelenmesine uygulanmıştır (APA Dictionary of Psychology). Lorenz'in (1972) öne sürdüğü, 'Kelebek etkisi' kavramını '*Dünyanın herhangi bir yerinde bulunan kelebeklerin kanat çırpışları, dünyanın tamamen farklı bir konumunda fırtınalara veya büyük hava olaylarına neden olabilir*' olarak açıklamış ve bunu matematiksel olarak modellediğinde birbirini hiç kesmeyen fakat iç içe geçmiş çekici veya çeker olarak tanımlanan iki spiralden oluşmuş oynatıldığında kelebeğin kanat çırpışına benzer bir şekil ortaya çıkmıştır (Altunoğlu, 2011, akt. Şen-söz, 2023). Bir çekerin oluşturduğu etkiyle kaotik yapılar belirlenmiş bir alan içerisinde dönerlerken, dışarıdan gelen yeni bir etki ve müdahaleyle sistem yeni bir denge noktası bulana kadar beklenmedik yöne ve şekile dönüşebilmekte; bulunan yeni bir denge noktası ile kelebeğin kanat çırpışı örneğinde olan ahenk ve düzen sağlanmaktadır.

İnsan zihni her an değişim ve dönüşüm sürecine hazır, kendi içerisinde bir düzene sahip olan; zihinsel işlemlerimizi oluşturan kaotik bir yapıdır. İnsanın bu sürekli devam eden değişim süreci ile beraber kültür, toplum, sanat, edebiyatın da değişim ve dönüşüm süreci sürekliliğine devam etmektedir. Kaos ve alan teorisinde bulunan çeker ve çekici kuvvetlerin ahenkli şekli, insanın erken çocukluk döneminde ve sonraki yaşantılarında zühur bulan ruhsal yapısının yazıya, resime, topluma yansıtması orada da diğer bir kuvvette değişime neden olabilir. Jung kolektif bilinçdışı kavramını insanın veya hayvanın hafızasında kayıtlı veya içinde bulunduğu kültüre, topluma dayalı her türlü imge, sembol, dil ve diğer tecrübeleri kapsayan ve tüm bir türün kişisel deneyimlerini bir araya getirip organize eden yapı olarak tanımlar. Kişisel bilinçdışı, kişiye özel tüm deneyimleri saklamasıyla kolektif bilinçdışından ayrılır. Bu şekilde incelendiğinde çeker ve çekici kuvvetler olarak, kişisel bilinçdışı ve kolektif bilinçdışı arasında olan ahenkli dalgalar sanat ve kültür gibi toplumun dönemselsel ve daha uzun dönemli değerlerinin ortaya çıkmasında etken olabilmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Nur Baba romanının olaylar örgüsü Yakup Kadri'nin Üsküdar bölgesinde bulunan Kısıklı Bektaşî tekkesi ve civar bölgelerinde yaşadıklarıyla kaleme alınmıştır. Cevdet Kudret'in öne sürdüğü eleştirilerde yazarın eserinde konu olan Bektaşî tekkesinde sürdürülen yaşama tarzlarının, Antik Yunan'da görülen zevk ve eğlence anlayışına benzeyen bir biçimde kurmaca bir dünya olduğu yönündedir. Yahya Kemal, Nur Baba romanının yazıldığı dönemde Türk edebiyatına kaynak aramasıyla Antik Yunan edebiyatının tesiri altında kalmıştır. Yakup Kadri romanını yazdığı süreçte ortaya koyduğu mensur şiirlerinde idealleştirdiği Antik Yunan'ı mitoloji ve ütopyik öğelerin yer aldığı olağanüstü güzellikler barındırmasıyla öne çıkarır. Diğer yandan, romanında bulunan Bektaşî dergahınıysa zevk ve sefa içinde yaşanan hayatı sıradanlık ve insanı tüketen bir yapı olarak ortaya koyar. Mensur şiirlerinde idealize ettiği Antik Yunan ve uzak geçmişin yerini, Nur Baba adlı eserinde Bektaşî dergahında yaşanan olaylar örgüsünü develüasyonuyla, sürekli olarak düşüş yaşanan hayat sahneleri yer almasıyla dikkat çeker. Bu yazarın bir noktada yaşadığı dönemden memnuniyetsizliği nedeniyle kötümser hayat anlayışına sahip olmasıyla ortaya çıkarken diğer bir taraftan idealizasyon ve develüasyon kavramlarını farklı noktalarda tam olarak göstermesiyle savunma mekanizmalarından olan bölmeye işaret edebilir. Bölme savunma mekanizmasını kullanan kişiler, kendisini seven taraf ve nefret eden taraf olarak bütün içe yansıtma bölgelerini ve deneyimlerini bunlar üzerinden yalnızca sevgi veya yalnızca nefret olarak deneyimlerler. Yakup Kadri'nin kitabında ve şiirlerinde işlediği konulara bakıldığında Antik Yunan edebiyatı ve Nur Baba kitabı olarak iki tarafıda yalnızca iyi veya yalnızca kötü olarak deneyimlediği ihtimaller arasındadır.

Romanda dikkat çeken bir diğer noktaysa, müritler arasında sabah vaktinde başlayıp, saatlerin ilerlemesiyle artan dürtüsellik hakim olduğu içkili eğlencelerin sabah saatlerine kadar süregelmesidir. Tekkenin şeyhi olan Nur Baba, cinsel arzularıyla kadınları elde etmesi, sarkıntılar ve tacizleriyle ön plana çıkar. Bu noktada tasavvufla tüm bağını koparan bir tekke ve tekkenin şeyhinden mensuplarına kadar olan tüm kişilerin zevklerinin ön plana çıktığı gözlemlenir. Bu kapsamda incelendiğinde, tekke ve mensuplarının Freud'un yapısal kuramında öne sürdüğü id den gelen dürtüler üzerinde gelişmemiş bir superegoya ve egoya sahip oldukları gözlemlenebilir.

Romanın ana karakterleri ve isimleri incelendiğinde, romanda isimlerin sembolizasyonları da dikkat çekmektedir. Celile bacı Nur Baba'dan önce dergahın şeyhi olan Afif Baba'nın eşidir. Celile isminin anlamı ulu, büyük ve yüce olmasıdır. Altahoz Hafife Hanım, yaşlı ve tecrübeli bir kadındır ayrıca Nur Baba ve Nigar hanımın buluşmasını sağlamaktadır. Altahoz kırmızı hotoz anlamına gelmektedir. Hotozsa kadınların Anadolu'da taktıkları başlığa verilen isim olmasıyla beraber toplumda kadının dar bir yeri olduğu anlamıyla örtüşür. Ziba, Nur baba ile ilişki yaşayan bir kadın olmasıyla beraber isminin anlamı süslü demektir. Nigar, Ziba hanımın yiğenidir. Nur Baba'nın arzularına yenik düşer ve tüm servetiyle güzelliğini Nur Baba için harcarken romanın sonlarında Nur Baba tarafından terk edilir. Nigar isminin anlamıysa resim kadar güzel ve büyüleyici olmasıdır. Süheyla yumuşak huylu, sessiz ve sakin kadın anlamına gelmektedir. Süheyla Nur Baba'nun istekleri doğrultusunda hareket etmesiyle ön plana çıkmaktadır. Macit karakteri şan sahibi ve iyi ahlaklı olarak kişiliğiyle isminin anlamını taşımaktadır. Çınarı, yaşı ilerlemiş ve dayanıklı olmasıyla romanda ön plana çıkmaktadır ve bu bizi çınar ağacına götürebilmektedir. Son olarak, Nur baba ismi tekke mensuplarının nura uzanması yönünde kendi sahte ışığında toplayan kişi olarak ironik bir anlamı mevcut olabilir.

Romana ismi verilen ve Bektaşî şeyhi olan Nur Baba paraya ve kadınlara olan düşkünlüğüyle ön plana çıkmaktadır. Kendisinden önce dergahın şeyhi olan Afif Baba, Nuri'yi Anadolu'dan bulup dergaha getirmiştir ve Nuri sonrasında Nur Baba olarak dergahın şeyhi olmuştur.. Afif Baba'nın uzun süren hastalığı sırasında Nuri, Afif Baba'nın karısı olan Celile Bacı'yı elde edip tekke üzerinde hakimiyetini kurmuştur. Henüz Afif Baba hastayken yaşanan bu birlikteliğin dinamikleri Nur Baba ve Celile Bacı açısından incelendiğinde, Nuri annesinden küçük yaşta ayrılmış ve bu nedenle

annesinin yerinde olan fakat yerini tutamayan Celile baciya yönelmiştir. Bu şekilde Afif Baba'yı da aşmıştır ve bu bizi Freud'un tanımladığı Oedipus kompleksine götürmektedir. Diğer tarafta kırkına yaklaşan Celile Bacı'ysa, Afif Baba'nın yatağında yatıyor olması sebebiyle bastırılmış cinsel arzu ve ihtiyaçlarını daha genç olan Nuri'yle gidermesi olarak yorumlanabilir. Nur Baba'nın hikaye boyunca farklı kadınlarla birlikte olma durumu da ayrıca dikkat çekmektedir. Başkalarını baştan çıkarma ve çok sayıda partner edinmesi, onaylanma isteğinden kaynaklanabilmektedir. Heinz Kohut, aynalanma eksikliği olarak tanımladığı kavramlarla kişinin, çocukluk döneminde yeteri kadar alamadığı onay, sevgi, desteği sonrasında sürdüreceği yaşamında kendini onaylatma, sevilme ihtiyacının baskın geldiği bir yaşam sürmesiyle ve yapacağı eylemlerle bu noktadaki eksikliğini gidermeye çalışacağını belirtir. Nur Baba da, Afif Baba'nın kendisini bulduğu çocukluk döneminde yetersiz bakım almış, zayıf ve cılız bir çocuk olması sebebiyle yeteri kadar iyi bir bakım almamış olması muhtemeldir ve bu bakımın fiziksel bakımdan öte çocuğun anne-babasından alacağı sevgi, destek, güvenle sağlıklı bir kişilik oluşturabilmesi için gerekli olan ihtiyaç eksiklikleri nedeniyle aynalanma eksikliği yaşaması ve sonucunda dergahın şeyhi olduğu dönemde bir çok kadınla birliktelik yaşaması bu eksiklikten kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluğundan yetişkinliğine kadar olan süreçte Nigar hanım, halası olan Ziba hanımın serbest hareketlerini duymuş ve sürdürdüğü yaşam tarzıyla, ailesinin koyduğu yasaklar çevresinde halasının hikayelerini merak ederek ona olan özentsiyle büyümüştür. Nigar hanıma koyulan bu yasaklar özellikle merak duygusuna ve kışkırtıcı yapıya sahip olmuştur. Baskılanan ve yasaklanan bu merakı doğrultusunda geliştirdiği kimliği genç bir kadın olduğunda ortaya çıkmış, olay örgüsünde ve özellikle halasının kışkırtmasıyla bu kimlik ortaya çıkmıştır. Kimlik veya kendiliğin gelişme noktasında James F. Masterson gerçek kendilik ve sahte kendilik olarak iki kendilik tanımlaması yapmıştır. Sahte kendilikte olan kişi, kendi ihtiyaçlarını göremeyen ve bu ihtiyaçların üzerini örten, başkalarının ihtiyaçlarını gidererek sevgi ihtiyacını karşılayan, sadece keyif ve zevk almak üzerine bir hayat kurandır. Gerçek kendilikse, hayatını kendi ihtiyaçları doğrultusunda belirleyen, tercihlerini kendi başına yapabilen, iç dünyasıyla doğrudan temas kurup dış dünyayı objektif bir biçimde değerlendirebilen bir kendilik yapılanmasıdır. Nigar hanımın aile yaşantısına baktığımızda, ailesinin koyduğu sert yasaklarla büyüyen bir yapısı vardır. Ailenin koyduğu sert yasaklar, çocuğun hislerinden daha çok ailenin kaygıları üzerine kurulu bir sistem olursa, kişi kendini ifade edemeyen ve ailesinin kendisini ifade etme biçimini veya bunun tam tersini sahiplenen bir yapıya bürünür. Nigar hanım büründüğü tutumla gerçek kendiliği üzerinde bir savaş durumunda olabilmesi ihtimalken, Nur baba dergahında tutunduğu davranışlarla ve zevk, sefa üzerine sürülmesiyle bir yaşam biçimiyle ailesinin koyduğu yasakları eyleme vurmalarıyla delen bir yapıya sahip olmasıyla beraber sahte bir kendilik yapısında olması, gerçek kendilikte veya bu yolda olma ihtimaline göre kuvvetle muhtemeldir.

Nur Baba'nın eş seçimlerinin değişikliğine bakıldığında her seçimin daha genç ve güzel bir kadın yönünde olduğu açıkça görülmektedir. Elde etme üzerine kurulu olan beden zevklerine kısırılmış bir aşk olarak, tükenişe mahkum hale gelmektedir. Nur Baba'nın bilinçdışında aşk aslında kadının fetişleştirilmesinden ibarettir. Bu şekilde romanın olaylar örgüsünde metalaşan kadınlar, yaşlarını aldıkça daha genç ve güzel kadınlara tercih edilmektedirler. Kadının kendisi değil, cinsel kimliği anlam kazanmaktadır. Aşkı ten zevkine veya cinselliğe indiren erkek için aşk, tüketilen bir olgudur. Nur Baba'da da bu açıkça gözlemlenmektedir. İsteddiği kadınlar yönünde arzulayan, arzusunu fetiş haline getiren, elde eden ve elde ettikten sonra tüketen bir yapıya sahiptir. Nur Baba'nın bu sürekli devam eden döngüsü incelendiğinde, kadınların şanları ve gençlikleri üzerinden kendi büyüklenciliğini sağladığı ve elde ettikten sonra daha genç, güzel ve varlıklı bir kadını elde etmeye çabaladığı bizi narsisizme götürebilmektedir. Nur Baba kadınlar üzerinden en genç, en güzel ve en varlıklarıyla birlikte olarak kendi büyüklenciliği tarafını aynalamakta ve bunun sonucunda develüasyonlarıyla kadınları köşeye atan ve daha iyi özelliklere sahip bir kadını elde etme arzusuyla dolan bir yapıya bürünmektedir.

İslam medeniyetinde tasavvuf kültürü bağlamında tekkeler incelendiğinde, insanların iç dünyalarına bağlı olarak yaşam alanlarını düzenledikleri ve geliştirdikleri bu şekilde arzu ve isteklerine karşı tedbir aldıkları yerler olarak gözlemlenmektedir. Yaratıcıyla bir bağ geliştirme çabası ölüm ile yaşam arasındaki dengenin yanı sıra insanın kendi iç denetimi üzerindeki dengeyi kurmasını da sağlamaktadır. Fakat değişen İslam kültürü sonucunda, cemaat toplumlarının hakim olduğu noktadan cemiyet hayatına geçen bir kültür şekillenirken farklı topluluklar ortaya çıkmıştır. Cemaat hayatını benimseyen, cemiyet hayatını benimseyen, geçiş evrelerinde olan ve geçişi inkar eden topluluklar bunlara örnek olabilirken bu toplulukların farklılaşması İslam ve tekke kültüründe de farklılıklara yol açmıştır. Bu farklılaşmalarla bazı tekke kültürleri de farklılaşmış ve asli görevlerini yerine getirmemeye başlamıştır. Nur Baba romanında geçen Bektaşî tekkesi de buna örnek olarak gösterilebilir. Toplumun bu yapısındaki değişkenlik bir çok noktada bozulmalara ve bu bozulmalar sonucunda yeni düzenlerin oluşmasına yol açmaktadır. Gerçek bir tekke de olması gereken özellikler Nur Baba tekkesinde bulunmamaktadır. Gerçek bir tekke çile yerleri olarak, feragat ve fedakarlığın baskın olduğu hoşgörülü anlayışının hakim olduğu tekke adabının bulunduğu ve duygularını yaratıcıya yönelten insanların oluşturduğu bir yerken, romanda geçen Bektaşî tekkesi bu özellikleri barındırmamaktadır. Özellikle dünyevi zevkler uğruna kurulan

ve ölçsüzlüğün hakim olduğu eğlence yerleri olarak gözlemlenmektedir. Tüm bunlar toplumdaki değişimler ve bu değişimlere kendi yaşantısı ve deneyimleri çerçevesinde bakan yazarın cemaat tipi topluma bakış açısını gösterebilmektedir. Yakup Kadri Kısıklı'da bulunan Bektaşî dergahında bulunduğu süreçle beraber Nur Baba romanını yazmış fakat alacağı tepkiler sebebiyle o dönemde yayınlamamıştır.

Işık ve ateş insanı ilahi varlığa bağlayan öğelerdir. Aynı zamanda aşk ve arınmayı da temsil etmektedir. Nur Baba'da vurgulanan ateş ve ışığın yitimi kavramları tekkelerin işlevlerini kaybettiğini ve dünyevi zevklerin hakim olduğunu gösterebilmektedir. Işığın kaybeden bir arayış kaybolmuşlukla eşdeğerdir. Işıktan korkma ve ışığa bakamama gibi durumlar yaşayan karakterler roman boyunca gözlemlenmektedir. Işık bir şeyi görünür kılarak bilincin aydınlık tarafını sembolize eder. Işığa bakamama durumuysa dürtüleri önlemek için yapılan bir savunmadır. Işığın bir diğer anlamıysa, inanç sistemlerindeki yeridir. Işık tanrıya giden yolu aydınlatan bir öge olarak tasvir edilir. Işığa bakamamak, ışıkların sönmesi, ışıkların kapatılması tasvirleri de yaratıcının kaybolduğuna ve o yoldan gidilmediğine dair bir işarettir.

Yakup Kadri ortaya koyduğu her eserinde Türk toplumun değişimleri ve kırılma noktalarını ele alarak dikkatleri üzerine çekmiştir. Bu açıdan incelendiğinde cemaat tipi toplumdaki cemiyet tipi topluma geçiş sürecini yaşayan Türk toplumuna bakış açısı bu eserinde de zühur bulmaktadır. Ortaya konulan eserler, yazarların yaşamları, düşünceleri ve içinde bulunduğu kültürlerden türediğini göz önünde tuttuğumuzda, Yakup Kadri'nin eserlerinde kendisinden bir şeyler koyduğunu söyleyen eşi Leman Karaosmanoğlu'nun gazetelere verdiği röportajda ilgi çekici bir noktada durmaktadır. Ayrıca Yakup Kadri'nin bu eserini yazarken bir bektaşî dergahında olması, babasının 16 yaşında vefatı, yaşamı boyunca sık sık çeşitli sebeplerle şehir değiştirmesi gibi durumlarda mevcuttur. Sık sık şehir değiştirme ve yeni bir inşa süreci temelde iki sebeple olabilir. İlk olarak kişinin yaşadığı içsel çatışmaları nedeniyle şehir değişikliği yaparak bu çatışmaların getirdiği baskı ve duygulardan uzaklaşma çabasıdır. İkincisi ise, kimliğini inşa sürecinde olan birey hedefleri doğrultusunda adımlar atar ve bu adımlarla şehir, sahip olduğu düşünceler gibi durumları hedefleri doğrultusunda değiştirir ve geliştirir. Yakup Kadri'nin romanları incelendiğinde içsel çatışmalarını bu romanlarda yaşayabildiği ihtimali bulunurken, diğer ihtimali ise girdiği topluluklar ve düşüncelerini sürekli geliştirmesi ve yeniden tasarlama süreciyle yaşamında sürekli olarak yeniliğe açıklığıyla kimlik inşası olarak saptanabilir. Ayrıca Mustafa Kemal Atatürk'ün yakın arkadaşları arasında bulunan Yakup Kadri, verdiği eserlerde olduğu gibi ve Cumhuriyet yıllarında yaptığı siyasi görevlerde de Cumhuriyet'i destekler nitelikte görevler almış ve sürdürmüştür. 1962 yılında Atatürk ilke ve inkılaplarına ters düştüğü iddiasıyla bulunduğu siyasi görevlerden istifa etmiş ve 1965 yılında tamamen siyasetten çekilmiştir. Yaşamı boyunca fikirleri ve edebiyat anlayışı sürekli olarak değişen Yakup Kadri, romanlarında değişmeyen en büyük noktası Türk toplumunun kırılma noktalarını konu alması olmuştur.

Kaos ve alan teorisi olarak bireyden topluma ve toplumdaki bireye değişimin etkisi iç içe geçmiş spiraller gibidir. Toplumsal olaylar bireylerin düşüncelerini sürekli olarak değiştirebilirken, bireylerin düşünceleri toplumsal olayların gidişatına ve şekillenmesine yeni yollar açabilir veya hızlandırabilir. Toplum, birey ve kültürün iç içe olduğu bu alanda bireyin düşüncesi bir başka bireyin düşüncesini şekillendirirken, bu düşünceler toplumsal olarak yeni düşüncelerin şekillenmesine etki eder. Edebiyat, sanat, kültür gibi olgular tüm bu etki alanlarının içindedir. Burada değişim bireyden topluma veya toplumdaki bireye olacak şekilde saptanması tam olarak mümkün olmamaktadır fakat bunun her iki şekilde de mümkün olabilmesi ihtimaldir. Çünkü edebi dönemler, toplumsal normlar, toplumsal travmalar içinde bulunduğu toplulukta etkiler bırakırken bir kişinin bu topluluğa etkisi bunların tamamında değişikliğe yol açabilir. Edebi dönemler olarak incelediğimizde, edebi dönemlerin değişimi de bunlara örnek olarak gösterilebilir. Yazarların içinde bulunduğu dönemde verdiği eserle, bir sonraki vereceği eser tamamen farklı olabilmektedir. Burada yazarın kendi yaşamı, bilinçdışı kavramı, içinde bulunduğu kültür gibi etmenler bu çeker ve çekici kuvvetlerin birbirini etkilemesiyle var olan düzenler yerine yeni düzenler kurulmasına yol açar. Yakup Kadri'de bu açıdan incelendiğinde, zamanla edebi eserlere yansıyan görüşleri değişmiş ve gelişmiştir. Zaman zaman yaşamından izleri de barındıran eserleri, daha çok toplumun kırılma noktaları ile ilgilenmiştir. Farklı akımlardan etkilenmesinin yanında, bu akımların öncü isimleri arasında da yer almıştır. Yakup Kadri'nin eserlerini ortaya koyduğu süre boyunca da Türk toplumu da bir çok noktadan reformlara ve yeniliklere gitmiştir. Burada edebiyat, içinde bulunduğu toplum ve kültürün iç içe geçmiş yapısıyla değişimin her alanda farklı boyutlarda gerçekleştirildiği gözlemlense de etkilerinin tam olarak yönünün saptanması çok olası değildir.

Bir başka açıdan incelendiğinde, bilinçdışı kavramını sadece bireyin bilinçdışı olarak incelemek bu değişimlere bakış açımızı daraltacaktır. Bireyin düşünceleri ve ortaya koydukları, diğer insanların yaptıklarını bilinç düzeyinde nasıl değiştiriyorsa bunun temelinde ortak bir alanda şekillenen bilinçdışı kavramının varlığı da mevcuttur. Aynı kültür ve toplumda büyümüş farklı insanların ortak değer, inanç, mit ve kavramları mevcuttur. Tüm bu kavramlar bilinç düzeyinde olabilirken kolektif bilinçdışı kavramıyla ortak bir düzlemde de bulunabilir. Buna örnek verilmesi gerekirse, Kıbrıs hareketine kadar orada bulunan toplumun evlerinde bulunan kafeslerde kuşlarını beslemesi ve hareket sonrasında bu kuşların beslenmesinin azalması bu yönde bir örnek olabilir.

Sonuç olarak, bireyden topluma değişim ve toplumdan bireye değişimin ne yönden olduğu tam olarak saptanması mümkün olmasa dahi bireydeki ufak görünen bir değişikliğin etkisinin büyüyerek toplumda büyük dalgalanmalara sebep olması beklenebilirken, toplumdaki değişimlerin bireylerin yaşamlarında değişimlere sebep olması beklenebilir. Düzensiz gibi görünen bu sistem ahenkli bir biçimde devirlerin açılmasına ve kapanmasına, siyasi değişikliklere, toplumsal reformlar gibi tüm olgulara sebep olabilir.

KAYNAKÇA

- Aktulum, K. (1999). *Metinlerarası ilişkiler*. Öteki Yayınevi.
- Aras, G. (2017). Edebiyat ve kültür: Bireysel ve toplumsal gelişmede okuma ve kütüphane alışkanlığı üzerine. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 945-968.
- Aydın, M. (2010). Masterson yaklaşımında borderline kişilik bozukluğunda gelişimsel yaklaşım. (*Unpublished Master Thesis*) İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi.
- Aydın, M. (2021). Masterson yaklaşımında borderline kişilik bozukluğuna gelişimsel yaklaşım. İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010. *Yayımlanmamış Bitirme Projesi*.
- Blackman, J. S. (2012). *Zihnin kendini koruma yolları: 101 savunma*. Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.
- Freud A. (2004). *Ben ve savunma mekanizmaları*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Freud, S. (1914a). On narcissism. An introduction. *Standart Edition*, 14, 73-102.
- Freud, S. (1914b). Remembering, repeating and working through. *Standard Edition*, 12, 147-156.
- Freud, S. (2001). *Haz ilkesinin ötesinde*. Metis Yayınları.
- Freud, S. (2000). *Bir yanılısamanın geleceği uygarlık ve hoşnutsuzlukları*. İdea Yayınevi.
- Gariper, C., Küçükcoşkun, Y. (2009). *Dionizyak coşkunun ihtişam ve sefaleti. Yakup Kadri'nin Nur Baba Romanına Psikanalitik Bir Yaklaşım*. Akademik Kitaplar.
- Güleç, C. (1993). *Psikoterapiler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kemal, H. (2007) *Liseler için Türk Edebiyatı Tarihi*, A Yayınları.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Madison, CT: International Universities Press.
- Klein, R. (1989b). Introduction to the disorders of the self. In J.F. Masterson & R. Klein (Ed.). *Psychotherapy of the disorders of the self, the Masterson approach*. New York: Brunner/Mazel
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis. In: *The Search for the Self Vol. 1*, ed. P. Ornstein. Madison, CT: International Universities Press, 1978, pp. 205-232.
- Kohut, H. (1998). *Kendiliğin çözümlenmesi: Narsisistik Kişilik Bozukluklarının psikanalitik tedavisine sistemli bir yaklaşım*. Metis.
- Kohut, H. (2012). *Psikanaliz Nasıl Sağaltır?* Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Kohut, H. (1991). *The Trauma of Transgression*. Northvale, NJ: Aronson.
- Lorenz, E.N. (1972). Does the flap of a butterfly's wings in Brazil set off a tornado in Texas? In *Proceedings of the 139th Meeting of AAAS Section on Environmental Sciences, New Approaches to Global Weather, GARP, AAAS, Cambridge, MA, USA*.
- Masterson, J. (1985). *The real self -a developmental, self, and object relations approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F., Klein, R., (1989) *Psychotherapy of the disorders of the self, the Masterson approach*. New York & London: Brunner-Routledge.
- Menteşe, O. B., Dekani, F. E. F., & Dili, I. (2008). Edebiyat nedir. *Littera Dergisi, Hacettepe Üniversitesi Yay, C, 22*.
- Filiz, Ş. (2016). Sanat terapisinin felsefi boyutları. *MJH VI/1, 169, 183*.
- Özakkaş, T. (2018). Psikoterapi tarihi ve bütüncül psikoterapi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi, 1(1), 1-24*.
- Özakkaş, U. D. T. Terapide geleneksel-modernite salınımında çekim merkezleri ve)Kaos Kuramı. *KONGRE PROGRAMI, 34*.
- Kohut, H. (1984). In A. Goldberg & P. Stepansky. *How does analysis cure*.
- Şensöz, B. (2021). Masterson'un kendilik üçlüsü: Alan Kuramının kendilikle ilişkisi. *Sempozyum Programı*.
- Şensöz, B. (2023). Terk depresyonu kuramının Türk Kültürü açısından incelenmesi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi, 6(11), 67-72*.
- Tüleylioğlu, Orhan. (2014). *Yalnız Kitap*. um:ag Vakfı Yayınları, Ankara, 138, um:ag Kültür Kitapları.
- Türkçe Sözlük* (2005), Ankara: TDK Yayınları.
- Kohut, H. (1982). Introspection, empathy and the semi-circle of mental health. *The International Journal of Psycho-Analysis, 63, 395*.
- UNESCO (1982). *Mexico City Declaration on Cultural Policies*.

TÜRKİYE
BÜTÜNCÜL
PSİKOTERAPİ
DERGİSİ

OLGU SUNUMU

"Anneciğim burada dur.": Ayrılma Kaygısı Bozukluğu Vakasının Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ile Sağıaltımı (Olgu Sunumu)

Arif Erdem KÖROĞLU¹

Özet

İnsan yaşamının her döneminde ayrılıklar önemli bir yer edinmiştir. Diğer türlere göre dünyaya daha hazırlıksız bir şekilde gelen insan türü için bu çaresizlik durumuna çare annenin varlığıdır. Bu yüzden anneden ayrılma çocuğun sosyoduygusal gelişiminde karşılaşılan en büyük sorunlardan biri olmuştur. Ayrılma kaygısı bozukluğu çocuk ruh sağlığı alanında en sık karşılaşılan bozukluklardandır. Evden veya bağlı olduğu kişilerden ayrılmakta zorlanan çocuk için bu duruma yönelik tedavilerden biri oyun terapisi. Oyun çocuğun kendisini ifade etmenin en doğal aracı olduğu için çocuk gerginlik, hayal kırıklığı, güvensizlik, saldırganlık, korku, kafa karışıklığı ve şaşkınlık gibi birikmiş duygularını dışa vurma imkanına erişmiş olur. Oyun terapisinin terapötik bir araç olarak çocuk ruh sağlığı alanında kullanımı giderek artmaktadır. Okul öncesi psikolojik sorunlara yönelik geliştirilen tedavi yöntemlerinden biri olan oyun terapisi, kaygı bozukluklarında ve depresyon belirtilerinin azaltılmasında etkili yöntemlerden biridir. Bu çalışmada ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı alan 6 yaşında bir çocukla yürütülen 24 çocuk merkezli oyun terapisi seanslarından oluşan bir uygulamanın sonuçları sunulmaktadır. Terapistin gözlemleri, çocuğun oyun davranışlarındaki değişim, ailenin ve psikiyatri uzmanının geri bildirimleri doğrultusunda sürecin sonunda çocuğun kaygılarında önemli düzeyde azalma olduğu ve günlük işlevselliğinin arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ayrılık, Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Çocuk, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

"Mommy, stay here." Treatment of Separation Anxiety Disorder Case with Child-Centered Play Therapy (Case Report)

Abstract

Separations have occupied an important place in every stage of human life. Compared to other species, the human species enters the world in a less prepared manner, and the solution to this situation lies in the presence of the mother. Therefore, the separation from the mother is one of the most commonly encountered disorders in the field of child mental health. For the child who has difficulty separating from home or the people to whom she/he is attached to, one of the treatment for this condition is play therapy. Since play is the child's most natural means of expressing herself/himself, the child has the opportunity to express her accumulated emotions such as tension, frustration, insecurity, aggression, fear, and confusion. The use of play therapy as a therapeutic means in the field of child mental health is increasing. Play therapy, which is one of the treatment methods developed for preschool psychological problems, is one of the effective methods in reducing anxiety disorders and depression symptoms. In this study, the results of an conducted consisting of 24 child-centered play therapy sessions with a 6-year old child-diagnosed with separation anxiety disorder are presented. At the end of the process, it was determined that patient's anxiety decreased significantly and his daily functionality increased depend on change of child play behaviors, therapist observation and family and psychiatrist feedback.

Keywords: Separation, Separation Anxiety Disorder, Child, Child-Centered Play Therapy

¹ Klinik Psikolog, Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Doktora Programı, E-posta: ariferdemkoroglu@gmail.com

Giriş

Hayatın kendisi gibi barındırdığı her bir unsurun da bir başlangıcı ve sonunun olduğu ortadadır. Döllenme bir başlangıçsa, doğum da rahim içi yaşamın sonudur. Anne karnından ayrılma olan doğum bir başka son olan ölümü gündeme getirmektedir. İnsan yaşamının her döneminde ayrılıklar elbette söz konusudur ve ruhsallıkta önemli yansımaları vardır. Acıya neden olan şey ise ayrılık, yani nesnenin kaybıdır. Kaygı da zaten bu kaybın tekrarlanması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Her ayrılık bir yinelemedir (Parman, 2022). Kaygı üzerine fikirlerini ortaya koyduğu yazısında Freud (1926), kaygının nesneyi kaybetme korkusu anlamına gelen tehlike karşısında gösterilen bir duygulanım olarak ortaya çıktığını belirtir. İnsan türü yavruları diğer türlere göre kendisine bakım verene daha bağımlı ve çaresiz olarak dünyaya gelmektedir. Nitekim insan bebeklerin bu çaresizlik halinin tek çaresi annenin varlığıdır. Dolayısıyla anneden ayrılma en büyük kayıp olarak deneyimlenmektedir.

DSM-5 Tanı Ölçütleri Elkitabında tanımlanan ayrılma kaygısı bozukluğundaki temel nitelikler kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı bir biçimde kaygı ya da korku duymasını içermektedir. DSM-5'e göre bu bozuklukta kişi evden veya bağlandığı kişilerden ayrılacağı zaman sürekli olarak aşırı bir şekilde talsalanır. Bağlandığı kişileri yitireceğine veya bu kişilerin başına hastalık, ölüm gibi kötü bir olay geleceğine yönelik endişelenir. Ayrılma korkusundan ötürü okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmaya veya evden uzaklaşmaya karşı koyma söz konusudur. Kişi evde veya başka ortamlarda tek başına kalmaktan veya bağlandığı kişilerle olamaktan dolayı sürekli bir biçimde aşırı korku duyar ya da bu konuda isteksizlik gösterir. Tanımlanan bu ve benzeri diğer belirtilerde söz konusu olan kaygı, korku ve kaçınma hali süreklilik göstermektedir. Klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve gündelik yaşamda işlevsellikte düşüşe neden olmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Oyun terapisinde oyun çocuğun sıklıkla eğlenmesine olanak sağladığı gibi duygularını ifade edebilmesi ve başa çıkma becerilerinin gelişmesi için çeşitli senaryolar oluşturarak sembolik ifadeleri deneyimlemesini sağlar. Freud da çocukların endişelerini azaltmak ve olumsuz içgüdülerini kontrol etmek için gelişim dönemleri boyunca oyunu kullanabileceklerini düşünmüştür (Ray, 2019). Yönlendirici olmayan oyun terapisi çocuğun büyümesi adına ona sunulan çok işlevsel bir fırsattır. Oyun çocuğun kendisini ifade etmenin en doğal aracı olduğu için çocuk gerginlik, hayal kırıklığı, güvensizlik, saldırganlık, korku, kafa karışıklığı ve şaşkınlık gibi birikmiş duygularını dışa vurma imkanına erişmiş olur (Axline, 2019). Çocuk ve terapist arasındaki sosyal ilişkiyi de geliştiren oyun terapisi, doğrudan çocuğun kendisini zorlayan konuları çalışmasına alan açmış olur. Ayrıca çocuk oyunu kendi dünyası ve çevresi üstünde kontrol kurma ve yetkin olma duygusunu geliştirmek için kullanılmaktadır. Dahası bütün gününü yapılandırılmış ortamlarda her şeyi bir arada tutmaya çalışarak geçiren çocuk için enerjisini ortaya çıkarabilecek güvenli bir ortama ihtiyaç vardır ve terapötik çalışma ortamı bunu da sağlamış olur (Ray, 2019).

Çocuk merkezli oyun terapisinin temelini oluşturan birey merkezli felsefe benlik yapısı, duygu ve davranışlarda gelişmeyi destekleyen içsel eğilimin tüm insanlarda var olduğuna dayanmaktadır. Kişiliğinde ve çevreyle kurduğu ilişkide değişiklik yapabilme kapasitesine sahip bir birey olarak kişiye inanç söz konusudur (Ray, 2019). Birey olarak çocuğun üzerine odaklanma bu yaklaşımın temeli ve amacıdır. Oyun terapisti bir tanı koyucu ya da terapötik direktör değildir. Çocuğun kendini keşfetme amaçlı çıktığı yolculukta onun için kolaylaştırıcı ve bir keşif arkadaşısıdır. Çocuk merkezli oyun terapisi çocuklarla kendi koşullarına göre gelişimsel olarak uygun yollarla, onların doğal iletişim kurma araçları ile tutarlı bir biçimde ilişki kurulan dinamik bir süreçtir. Çocukların çocuk merkezli yaklaşımı kullanan bir terapistin varlığında kendilerinin öncülük ettiği bir oyun deneyimini içeren çevresel bir değişim karşısında canlanan içsel kaynakları vardır (Schaefer, 2017).

Oyun terapisinin terapötik bir araç olarak çocuk ruh sağlığı alanında kullanımı giderek artmaktadır. Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde oyun terapisi uygulamalarının çocukların ayrılma kaygısı dahil olmak üzere diğer davranış sorunlarında, ameliyat öncesi süreçlerde ve sosyal etkileşim süreçlerindeki kaygı düzeyini azalttığını ve bu alanda tedavi için etkili bir araç olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Genç ve Tolan, 2021; Demirel, 2021; Yanıt, 2019; Yılmaz, 2018; Koçkaya ve Siyez, 2017; Da Silva ve ark., 2017; Teber, 2015; Stulmaker ve Ray, 2015; Tural, 2012; Vaezzadeh ve ark., 2011). Özellikle okul öncesi dönemde karşılaşılan ruhsal sorunların tedavi edilmemesi ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki pek çok ruhsal sorun için risk oluşturmaktadır. Okul öncesi ruhsal sorunlara yönelik geliştirilen tedavi yöntemlerinden biri olan oyun terapisi kaygı bozukluklarında ve depresyon belirtilerinin azaltılmasında etkili yöntemlerden biridir (Genç ve Tolan, 2021). Küçük çocuklarda çocuk merkezli oyun terapisinin etkililiğini belirlemeyi amaçlayan 6-8 yaşlarında kaygılı 53 çocuğun yer aldığı bir çalışmada çocuk merkezli oyun terapisi alan çocukların toplam kaygı ve endişe düzeylerinin diğer çocuklara nispeten anlamlı olarak azaldığı bulgulanmıştır. Bu bağlamda çocuk merkezli oyun terapisinin küçük yaş grubundaki kaygılı çocuklarda gelişimsel olarak uygun bir tedavi yöntemi

olduğu göz önünde bulundurulabilir (Stulmaker ve Ray, 2015). Anaokuluna devam eden 3-5 yaşlarındaki 60 çocukla yapılan bir başka çalışmada oyun terapisinin ayrılık kaygısı üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Ön-test son test düzeninde gerçekleştirilen bu çalışmada oyun terapisi programı öncesi çocukların kaygı düzeyleri ölçülmüş ve deney grubuna atanan çocuklarla 6 oturumdan oluşan oyun terapisi programı uygulanmıştır. Uygulanan oyun terapisi programının anaokulundaki çocuklarda ayrılık kaygısını azalttığı bulgulanmıştır (Yılmaz Demirer ve Topan, 2023). Ayrıca 4 yaşında ayrılma kaygısı yüksek bir kız çocuğuyla yürütülen oyun terapisi uygulamasının sonuçlarının yer aldığı bir olgu sunumunda 8 oturumluk süreç sonunda çocuğun dış dünyayı keşif davranışlarının arttığı, kontrolünü geliştirdiği, duygularını daha rahat ifade edebildiği ve ayrılık kaygısının hafiflediği bildirilmiştir (Yang ve Wang, 2019).

Ulusal literatür incelendiğinde çocukluk dönemi psikopatolojilerine yönelik olgu sunumları olsa da ayrılma kaygısı bozukluğuna dair bir olgu sunumu yer almamaktadır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı ayrılma kaygısı bozukluğu tanısıyla yönlendirilen 6 yaşındaki bir çocuk ile yürütülen çocuk merkezli oyun terapisi uygulamasının çocuğun belirtilerine yönelik etkilerini incelemektir. Bu olgu sunumu yürütülen uygulamanın etkililiğini aktarmayı ve bu alana yönelik yapılabilecek çalışmalara katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Yöntem

Hastanenin çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından değerlendirilen olgu, ayrılma kaygısı bozukluğu tanısıyla hastanenin klinik psikoloğuna oyun terapisi uygulanması amacıyla yönlendirilmiştir. Farmakolojik tedavi başlanmamıştır. 6 yaşında bir kız çocuğu olan olgu 1. sınıfa henüz yeni başlamış ve fakat kaygıları çok yoğun olduğu, annesi olmadan hiçbir şekilde durmadığı ve devamlılık sağlayamadığı için okulla ilişkisi kesilmiştir. Psikoterapi süresince olgu annesinin eşlik etmesiyle daha önce de gittiği okul öncesi dini eğitim veren bir kuruma devam etmiştir.

Olgu Hakkında Bilgi

Anne ile yapılan psikolojik değerlendirme seansında anne kızının kendisinin olmadığı ortamda durmayıp ağladığını, o olmadan bir yere gitmediğini, öğretmenin veya arkadaşlarının yüksek sesle konuşmalarında ağladığını ifade etmiştir. Okula gitme arzusunun ilk zamanlarda yüksek olduğu gözlemlenen olgunun sınıfta ön tarafta oturup annesini görmek istediği ve annesini göremediğinde huzursuzlandığı aktarılmıştır. Gittiği okul öncesi kurumda annesi yanından ayrıldıktan kısa bir süre sonra şiddetli bir biçimde ağlayıp yanına gelmesini isteyen olgu annesinin okula gitmek için ona eşlik edemeyeceği durumlarda ise okula gitmekten kaçınmaktadır. Bir deneyiminde babası onu sınıfa zorla soktuğu için babasıyla okula gitmek istemediği ayrıca aile apartmanında yaşadıklarından dolayı yakınlarının olguyu *neden okulda durmuyorsun*, vb. söylemlerle eleştirdikleri aktarılmıştır. Dahası olgunun herhangi bir şekilde kurallara uymayıp sınır tanımadığını söyleyen anne bu durumun başvurdukları tarih itibarıyla özellikle 2 aydır yoğun olarak yaşandığını belirtmiştir.

Olgunun doğum öyküsüne bakıldığında planlı bir gebelikle doğduğu, annenin gebeliğinin ilk 6 ayının rahat geçerken son zamanlarda ciddi sorunlar yaşadığı, risk barındıran bir doğuma girdiği ve 10 gün gecikmeli olarak normal doğum yaptığı göze çarpmaktadır. Olgunun doğumdan 2 ay sonra başlayan nefroloji takibi halen devam etmektedir. Erken dönem gelişimsel becerilerini vaktinde edindiği düşünülen olgunun tuvalet alışkanlığı kazanma sürecinin zorlu geçtiği ve annenin olgunun büyük tuvaletini yaparken kendisine hala eşlik ettiği bildirilmiştir. Olgunun fiziksel gelişimi yaşına uygun görünmektedir. Libidinal yatırımlar incelendiğinde olgunun resim yapmaktan, kumla ve oyun hamuruyla oynamaktan hoşlandığı, annesiyle ve abisiyle olan ilişkisinin ablası ve babasıyla olan ilişkisine nispeten iyi olduğu aktarılmıştır.

Yürütülen ikinci değerlendirme seansında olgunun kendisiyle görüşülmüş, iletişim kurma ve değerlendirme aracı olarak çocuk, aile çizimi yapılması ve serbest oyun oynanması planlanmıştır. Olgu aile çizimini reddetmiştir. Çocuk çiziminde otobüs bekleyen bir çocuk çizen olgu çizimindeki çocuğu olumlu kendilik algısını düşündüren sıfatlarla anlatmıştır. Çizdiği çocuğun ne gibi istekleri olduğu sorulduğunda *dediğinin yapılmasını istiyor*, şeklinde cevaplayan olgu söylediğinin ne olduğu sorulduğunda ise *"Anneciğim burada dur."* yanıtını vermiştir.

Seanslar

Olgu ile 24 çocuk merkezli oyun terapisi seansı yürütülmüş ve 4 haftada bir olarak düzenlenmiş, zaman zaman babanın da katıldığı 5 ebeveyn seansı yürütülmüştür. Ebeveyn ile gerçekleştirilen seansların içeriğini terapötik çerçevede, ayrılma kaygısının nedenleri, oyun terapisindeki dinamikler, öz bakım becerilerinin artmasının öz yeterlik inancına ve benlik saygısına olan etkisi, ayrışma-bireyleşme, duygusal bağımsızlık, çocuğa sınır koyma üzerine psikoeğitim ve psikoterapi sürecinde gerçekleşen değişimler oluşturmıştır.

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Seanslarının İçeriği

Başlangıçtaki seanslar çocuğun oldukça kaygılı bir görünümde, keşif davranışlarında bulunmadan odada sessizce vakit geçirdiği ve oyun oynamaktan kaçındığı bir zaman dilimini içermektedir. Henüz ilk seansta sessizce ağlayan olgu, bir sonraki oturumda terapistin sunduğu inisiyatif alma becerisine dayanarak annesine yapışık bir biçimde zaman geçirmiştir. İlk ebeveyn görüşmesine kadar gerçekleşen oturumlarda annesini görebileceği bir yerde konumlandırılarak etkileşime girmeye çalışan çocuk, ilk 4 haftalık sürecin sonunda henüz yeni keşfetme ve oyun oynama davranışları sergilemiştir. Bu oturumların ana teması kaygı ve güven ihtiyacı biçiminde kendini göstermiştir.

İlerleyen oturumlarda kaygılı görünümünü sürdüren olgu, kaçınan bir biçimde keşif davranışlarında bulunmuştur. Sessizce kurduğu monologlarla oyun oynamaya başlamış ve ilk oturumlarda tepkisiz kalmasına rağmen terapistin davranışlarına, duygularına yönelik yansımalarına yorum yapmaya başlamıştır. Kaygısını göstermeye başlayan olgunun oynadığı oyunlar ayrılık temasını gündeme getirmiş ancak keşif ve ilişki ihtiyacı daha yoğun bir şekilde gözlemlenmiştir.

Önceki seanslara nispeten kaygısı azalmaya başlayan olgu terapistle kurduğu ilişkiyi artırmış ve artık annesi görüş alanında olmadan daha rahat bir biçimde oyun oynamaya başlamıştır. Ayrılık, güven ve ilişki temalarının deneyimlendiği bu süreçte olgu terapisti oyunlarına davet etmiş ve oyun oynarken kurduğu monologları diyaloglara dönüşmeye başlamıştır. Sözelleştirme becerisi artmış ve duygularını daha rahat bir biçimde ifade etmeye başlamıştır. Süreç devam ederken çocukla çalışan ruh sağlığı uzmanlarının karşılaştığı etik meselelerden biri gündeme gelmiş ve çocuk terapistine bir hediye getirmiştir. Terapist çocuğun duygularına yönelik yansımalarından sonra bunun yerine kendisine bir resim çizebileceği mesajını iletmıştır. Oturumların sonuna yaklaşılırken çocuğun oyunlarına kontrol, güç edinme ve ayrışma temaları hakim olmuştur. Terapistle oynadığı oyunlar üzerinden rekabeti deneyimleyen çocuk öz yeterliğinin arttığı, kontrolü elinde tuttuğu ve ayrışma üzerinden güç edindiği izlenimini veren oyunlarla daha sık vakit geçirmiştir.

Seansların sonuna doğru oldukça rahat bir görünümde ilişki başlatıp oyun oynayan olgu, oyun terapisinin sonlanma zamanıyla ilgili bilgilendirilmiştir. Bu süreçte olgunun oyunlarında ayrılık teması yeniden gündeme gelmiştir. Bunu izleyen son iki seansta oyunlara ayrılık karşısında kontrol ve güç edinme teması hakim olmuştur. Terapistle girdiği diyaloglarla kendini rahatça ifade edebilen olgu, odadaki davranışları ve duygudurumuna yönelik öz bildirimleriyle süreci sonlandırmaya hazır olduğunu düşündürmüştür. 24 seansın sonunda uygulama sonlandırılmıştır.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Ayrılma kaygısı bozukluğu tanılı olgu ile yürütülen, 24 seans süren çocuk merkezli oyun terapisi uygulamasından sonra çocuğun davranışlarında olumlu yönde değişiklikler olduğu ve çocukta annenin başvuru yapmasını gerektiren belirtilerin ortadan kalktığı gözlemlenmiştir. Psikoterapi sürecinin sonunda çocuğun rahat bir biçimde kendisini ifade edebildiği, annesi olmadan ayrı bir şekilde odada rahatça oynayabildiği, karar vermesi gereken durumlarda tercihlerini gösterebildiği, öz güvenin arttığı, öz bakım becerilerinde yükselme olduğu, kendisini güçlü hissettiğini göstermek istediği, terapistle kurduğu ittifakın arttığı ve nihayetinde benlik saygısının yükseldiği gözlemlenmiştir. Başlangıç oturumlarındaki ilişki ihtiyacı, kaygı, ayrılık ve güven ihtiyacına yönelik oyun temaları süreç sonlanırken ayrışma, güç edinme ve kontrol şeklinde kendini göstermiştir.

Ebeveyn seanslarında anne ile baba çocuklarının ev ve diğer ortamlardaki davranış değişikliklerini bildirmiştir. Anne, olgunun kendisinden ayrı bir şekilde durabildiğini ve bunu kendisine söylediğini, yakınlarıyla anne babası olmadan başka bir yere gidebildiğini, evde lavaboya kendi başına gidebildiğini ve tuvaletini kendisinin yapabildiğini iletmıştır. Sonlandırma seansında ise anne olgunun bir önceki hafta kendisi olmadan okulda da durduğunu aktarmıştır. Buna göre, olgunun terapötik ortamda sergiledikleri davranışlar ve annesinin gündelik yaşamda gerçekleşen değişikliklere yönelik beyanları yürütülen çalışmanın etkili olduğunu göstermektedir. Nitekim olgunun daha fazla sorumluluk üstlenip özerkleştiği, daha olumlu bir benlik algısına sahip olduğu ve nihayetinde kaygılarının azaldığı hem terapistin gözlemleri hem ailenin beyanları ile ortaya konmuştur.

Ülkemizde oyun terapisiyle ilişkili az sayıda araştırma ve olgu sunumu olsa da son yıllarda bu çalışmalar giderek artmaktadır. Türkiye'de yapılan oyun terapisi çalışmalarının incelendiği bir çalışmada henüz yeni olan oyun terapisi çalışmalarının 2015 yılı itibarıyla daha çok tanınmaya başladığı ve en çok Çocuk Merkezli Oyun Terapisi olmak üzere 7 farklı oyun terapisi yöntemiyle çalışmalar yapıldığı vurgulanmıştır (Türe ve Barut, 2020). İlkokul öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada oyun terapisiyle bütünleştirilmiş grupla psikolojik danışmanın sosyal kaygı düzeylerini azaltmada etkisi incelenmiş ve oyun terapisinin kısa sürede sosyal kaygı düzeyini azalttığı görülmüştür (Teke ve Sürücü, 2020). Oyunun kaygıyı azaltabileceği hipotezini test etmek için 2-6 yaşlarında 64 çocukla yürütülen bir çalışmada oyunda ustalaşmanın düşük kaygı puanlarıyla ilişkili olduğu bulunmuş ve oyun terapisinin etkililiği ortaya konmuştur (Milos ve Reiss, 1982). Ayrıca küçük yaş gruplarında kaygısı yüksek çocuklarla yapılan çalışmaların bulguları da düşünüldüğünde (Genç ve Tolan, 2021; Stulamaker ve Ray, 2015), çocuk merkezli oyun terapisinin diğer davranış sorunlarına ek olarak ayrılma kaygısı ve diğer kaygı bozukluğu durumlarında tercih edilebilecek bir yöntem olduğu söylenebilir.

Oyunun çocuğun duygusal deneyimleri üzerindeki etkisi ve erken yaşlarda müdahale edilmeyen farklı psikolojik sorunların ilerleyen dönemlerde risk oluşturması göz önünde bulundurulduğunda, ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlar için oyun terapisi, olgunun durumuna göre bağımsız bir sağaltım aracı olarak veya farmakolojik tedavilere destek olarak kullanılabilir. Bu bağlamda çocuk merkezli oyun terapisinin ve diğer oyun terapisi yöntemlerinin çocukların farklı davranış sorunları üzerindeki etkisinin araştırıldığı olgu sunumları artırılabilir.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru kitabı* (E. Köroğlu, çev.). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Axline, V. (2019). *Oyun Terapisi* (M. Baydoğan, çev.). Panama Yayın.
- Da Silva R.D.M., Austregésilo S.C., Ithamar. L. ve de Lima, L.S. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatría (Versão Em Português)*, 93:6-16.
- Demirer, E. (2021). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuktaki kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi. *Academic Platform Journal of Education and Change*, 4:91-110.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. The London Hogarth Press.
- Genç, M. ve Tolan, Ö.Ç. (2021). Okul öncesi dönemde sık görülen psikolojik ve gelişimsel bozukluklarda oyun terapisi uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13:207-231.
- Koçkaya, S. ve Siyez, D.M. (2017). Okul öncesi çocuklarının çekingenlik davranışları üzerine oyun terapisi uygulamalarının etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9:31-44.
- Milos, M.E. ve Reiss, S. (1982). Effects of three play conditions on separation anxiety in young children. *J Consult Clin Psychol*, 50:389-395.
- Parman, T. (2022). Ayrılık, ayrılık, aman ayrılık!. *Eksiklik, Ayrılık ve Ötesi, Psikanaliz Defterleri 5* içinde (s.13-27). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Ray, D.C. (2019). *İleri Düzey Oyun Terapisi* (D. Olgaç, çev.). Pinhan Yayıncılık.
- Schaefer, C. E. (2017). *Oyun terapisinin temelleri* (T. Özkaya, çev.). Nobel Yayınları.
- Stulamaker, H.L. ve Ray, D.C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Child Youth Serv Rev*, 57:127-133.
- Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Teke, E. ve Sürücü, A. (2020). Oyun terapisiyle bütünleştirilmiş grupla psikolojik danışmanın ilkokul öğrencilerinin sosyal kaygı düzeylerine etkisi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9:695-708.
- Tural, E. (2012). Ameliyat öncesi dönemde çocuklara verilen eğitim ve terapötik oyun yöntemlerinin çocuğun kaygı, korku ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Ege Üniversitesi.
- Türe, E. ve Barut, Y. (2020). Türkiye'de yapılan oyun terapisi çalışmalarının incelenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*; 4:127-138.
- Vaezzadeh, N., Douki, Z.E, Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S. ve Sadeghi, R. (2011). The effect of performing preoperative preparation program on school age children's anxiety. *Iran J Pediatr*, 21:461-466.
- Yang, F.R. ve Wang, J. (2019). Play Therapy on Separation Anxiety Children-A Case Report. *Biomed J Sci & Tech Res*, 13(1), 9782-9783.
- Yanıt, E. (2019). Selektif mutizm vakasının yönlendirilmemiş oyun terapisi teknikleri ile sağaltımı (olgu sunumu). *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 2:68-76.
- Yılmaz, Ö. (2018). Okul öncesi çocuklarda oyun terapinin ayrılık kaygısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Bülent Ecevit Üniversitesi.
- Yılmaz Demirer, Ö. ve Topan, A. (2023). Evaluation of the Effect of Play Therapy on Separation Anxiety among Preschool Children: A Randomized Controlled Study. *BAUN Health Sci J*, 12(3), 667-674.

H. Kohut'un Kendilik Psikolojisi Yaklaşımı Çerçevesinde Narsistik Kendilik Bozukluğu Belirtileri Gösteren T. Bey'in Psikoterapi Sürecine Bakış

Davut CEYLAN¹, Vakkas ÖZBEK²

Özet

Heinz Kohut tarafından ortaya atılan kendilik psikolojisi kuramında kendilik bir üst örgütlenme biçimi olarak kabul edilmekte ve her bireyin doğarken bir çekirdek kendilik ile dünyaya geldiği belirtilmektedir. Kendilik psikolojisi kuramı açısından erken çocukluk ile ergenlik dönemlerindeki aynalanma, içselleştirme ve ayrılma süreçlerindeki yetersizliklerin kendilik patolojilerine yol açtığı belirtilmektedir. Diğer bir ifadeyle bireyin çekirdek kendiliği ile temas halinde olan kendilik nesnelere aynalama işlevi, kendiliğin oluşumu sürecinde hayati bir öneme sahiptir. Kendilik nesnelere yetersiz işlev görmesi bireyde gelişimsel duraklama olarak nitelenen narsistik kişilik bozukluğuna yol açmaktadır. Bu çerçevede ele aldığımız otuzlu yaşlardaki T. Bey vakası, kendilik psikolojisi açısından incelenmiştir. Hayatındaki değersizlik duygusu, cansızlık ve sosyal uyumsuzluk şikâyetlerini dile getiren T. Bey; çocukluk dönemini akrabalarından uzakta bir büyükşehirde küçük ve yalnız bir ailenin rijit ortamında geçirmiştir. Ortaokul, lise ve üniversite yıllarını ise sosyal hayatla teması olmayan bir dini grubun içinde yaşamış; grup öğretilerini hayatının merkezine yerleştirdiğini ifade etmiştir. T. Bey'in çocukluk dönemindeki yetersiz aynalanma nedeniyle kendiliğin ihtiraslar kutbunun gelişmediği görülmektedir. Öte yandan kendiliğin diğer kutbu olan idealize edilmiş ebeveyn imagosu kutbunun telafisi yoluna girildiği anlaşılmaktadır. Bu bağlamda dinî cemaat içindeki ruhani liderin 'büyük kurtarıcı' imgesiyle yaşanan özdeşim, T. Bey'de narsistik bir kişiliği doğurarak sosyal uyum sorunlarına neden olduğu değerlendirilmiştir. Yetişkinlik döneminde idealize imgeden uzaklaşma deneyiminin ise değersizlik, anlamsızlık, boşluk hislerine neden olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: *Kendilik, Narsizm, İhtiraslar, İdealler, Aynalanma, Büyüklenmeci kendilik.*

An Overview of the Psychotherapy Process of Mr. T., Who Showed the Symptoms of Narcissistic Self-disorder Within the Framework of H. Kohut's Approach to Self-Psychology

Abstract

In the theory of self-psychology developed by Heinz Kohut, the self is accepted as a form of upper organization and states that each individual is born with a core self at birth. In terms of self-psychology theory; It is stated that shortcomings in mirroring, internalization and separation processes in early childhood and adolescence lead to self-pathologies. In other words, the mirroring function of self-objects in contact with the core self of the individual has a vital importance in the formation of the self. Inadequate functioning of self-objects leads to narcissistic personality disorder, which is characterized as halted development. In this context, the case of Mr. T., who was in his thirties, was examined in terms of self-psychology. Expressing his complaints of worthlessness, lifelessness and social incompatibility in his life, Mr. T. said; spent his childhood in a big city far from his relatives, in the rigid environment of a small and lonely family. During his secondary school, high school and university years, he lived in a religious group that had no contact with social life. He said that he put the group teachings at the center of his life. It is seen that the pole of ambitions does not develop due to insufficient mirroring in childhood. In this context; An effort has been made to compensate for the self by developing the 'idealized pole of the parental imago' which is the other pole of the self. It is evaluated that narcissism, created by the identification with the great savior image of the leader in the religious community, causes social adjustment problems, feelings of worthlessness and meaninglessness.

Keywords: *Self, Narcissism, Mirroring, Ideals, Ambitions, Grandiose self.*

¹ Üsküdar Üniversitesi Doktora Öğrencisi. 05079780397, Email: davutceylan006@gmail.com

² Psikolog Uzm. Milli Eğitim Bakanlığı 05052677487, Email: phoenix_wako@hotmail.com

¹ ORCID: 0000-0003-1751-5521

² ORCID: 0000-0002-7455-1556

Başvuru : 8 Kasım 2023

Kabul : 22 Aralık 2023

DOI: 10.56955/bpd.1388060

Giriş

"Kendilik Psikolojisi" Heinz Kohut tarafından geliştirilmiş çağdaş psikanalitik kuramlardandır. Kohut (1971), kuramı ilk ortaya koyduğunda kendiliği (self), "Ego" içinde yer alan bir alt tasarım (self-representation), kişinin kendini algılayış biçimi ve kendisiyle ilgili imgeler bütünü olarak düşünmüştür. Sonraki yıllarda kuramında yaptığı değişikliklerle kendilik kavramını bir üst örgütlenme; "kişiliğin çekirdeği, algıların ve girişimlerin merkezi" olarak nitelendirir. Bireyin hırsları, tutkuları, idealleri ve eğilimleri bu birimde yer almaktadır. Kohut tüm psikopatoloji alanını bu eksenle açıklamayı hedefler (Kohut, 1977). Kendilik nesnelere (self objects) ise kendiliğin bir parçası ya da uzantısı olarak algılanan nesnelere. Kendilik nesnelere; anne-baba, daha geniş anlamıyla da bireyin yaşamında önem taşıyan kişilerdir (Türkçapar, 1995). Kendilik nesnelere, bireyin kendiliği üzerinde doğrudan etkili olan ve kendilik çekirdeğine hayat veren nesnelere.

Kohut (1984), bir bebeğin doğduktan sonra biyolojik olarak yaşayabilmesi için su ve havaya ihtiyaç duyması kadar bakım verenleriyle (kendilik nesnelereyle) ilişkisel deneyimlere ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Kendiliğin oluşmasını ve süreklilik içinde bir yapı olmasını sağlayan bu deneyimlere Kohut (1971) kendiliknesnesi deneyimleri, çocuğun bu deneyimlere yönelik ihtiyaçlarına ise kendiliknesnesi ihtiyaçları adını vermiştir.

Kohut (1971), narsistik kişilik bozukluklarında görülen temel kendilik nesnesi aktarımlarını [üçleştirme aktarımı (idealizing transference) ve ayna aktarımı (mirror transference)] incelemiş ve iki kutuplu (bipolar) kendilik kuramını ortaya koymuştur. Birinci kutup: Büyükleme kendilik (grandiose self); çocuğun büyükleme eğilimini ve teşhirciliğini içerir. Çocuk, sergilediği davranışlar karşısında çevresinden beğenilmeyi, görünür olmayı/onaylanmayı ve takdir edilmeyi bekler. Ana-babanın uygun aynalamaları ve dönütleri sayesinde kendiliğin kutuplarından biri olan büyükleme kendilik kutbunda ihtiraslar vardır. Bedensel ve zihinsel aktivitelerden zevk alma, görülme, hayran olunma, başkalarının gurur duyulma ve kendine saygı ayarlayabilme kapasitesi bu kutbun işlevleri arasındadır. İkinci kutup ise; Üçleştirilmiş/idealize edilmiş ebeveyn imagosudur (idealized parental imago). Çocuk, idealize ettiği güçlü ebeveynine dayanır, hayran olur ve yakınlık duyar. Güçlü, kusursuz olarak algıladığı bu nesnenin bir parçası olur, onun kanatları altında kendisini güçlü ve güvenli hisseder. Çocuğun idealize edilmiş tüm güçlü kendilik nesnesi ihtiyacı kırılmalarla (ana-babanın hastalanması ya da ölmesi gibi) kesintiye uğramazsa, üçleştirilmiş ana-baba işlevleri içselleştirilir ve ikinci kutup olan ülküler (Ideals) kutbu oluşur. Bu kutbun işlevleri arasında ise ideallere, değerlere sahip olma ve bunların gerçekleşmesine çalışma, arzularını, hırslarını kontrol edebilme ve gerilim durumlarında kendisini yatıştırabilmesi yer alır. Lessem (2005), sağlıklı bir gelişim sürecinde, bu ihtiyacın karşılanmasıyla ebeveyn değerleri içselleştirilir ve idealler kutbunun oluşumu ile dürtü kontrolü sağlanmış olur. Bu idealler, çocuğun kendiliğinin diğer kutbunda gelişen hırs ve emellerini organize ederek bir hedefe doğru yönelimini sağlar.

Kohut daha sonra 1984'te bu iki kutup arasına yetenek ve becerileri de eklemiştir. Birey ihtiraslar kutbu tarafından itilirken, idealler kutbu tarafından çekilmekte olup bu iki kutup arasındaki karşılıklı ilişki gelişim yayı ile resmedilmektedir. Yetenek ve becerileri bu gerilim yayı harekete geçirir ve bireyin potansiyellerinin gerçekleşmesini sağlar (Wolf, 1988). Yetenek ve becerilerin başarılı bir şekilde kullanımı bütünlük hissi yaratır. Kendilik, bütün ve tam olarak yaşanır (Terbaş, 2004).

Kendilik psikolojisinin önemli ve temel bir kavramı da empatidir. Kendilik nesnesi işlevinin gerçekleşmesi empatik durum ile sağlanmaktadır. Terapistin danışana empatik duruşu güven ortamını oluşturup, gelişimsel duraklamaya uğramış kendilik nesnesi ihtiyaçlarının terapideki aktarımlarla yeniden aktifleşmesini sağlar (Rowe ve Mac Isaac, 1991; Wolf, 1988). Bu sürecin canlanmasına da "kendilik nesnesi aktarımı" denilmektedir (Kohut, 1977). Bu aktarım sayesinde, danışan kendilik nesnesi ihtiyaçlarını terapistte aktarmaya başlar ve aralarında narsistik bir bağ kurulur (Siegel, 1996).

Bireylerin çocukluk çağında yaşadığı örselenmenin zamanı ve doğasına bağlı olarak, narsistik ihtiyaçlardan biri diğerine ağır basar ve terapi ortamında o aktarım ortaya çıkar (Siegel, 1996). Fakat terapist doğrudan danışanın bu ihtiyaçlarını doyurmaz. Terapistin oynadığı rol, ortaya çıkan bu ihtiyaçların görüldüğünü danışana yansıtmak ve bu ihtiyaçlarını ona açıklayarak kendisinin de anlamasını sağlamaktır (Goldberg, 1978). Karşılıklı interaktif bir süreçte oluşan güven ortamında, danışanın en arkaik ve kendisini utandıran ihtiyaçları anlaşılabilir, konuşulabilir ve geçmiş travmalar anlamlandırılabilir. Süreç içinde gelişimsel duraklamaya uğramış kendilik gelişimi bu müdahale ile kaldığı yerden devam edebilir (Siegel, 1996).

T. Bey Vakası ve Başvuru Nedeni

32 yaşında evli bir erkek olan T. Bey, 1 yıldır Sakarya'da öğretmenlik yapmaktadır. Daha öncesinde Van'da 5 yıl öğretmen olarak çalıştığını ifade etmiştir. T. beyin anne ve babası hayatta olup şu anda Balıkesir'de beraber yaşamaktadırlar. Babası memur emeklisi, annesi ise ev hanımıdır. Kendisinden küçük 2 kardeşi vardır. Onlar da memur olarak çalışmaktadırlar. İlkokul 4. sınıfa kadar köyde eğitim görmüş, sonrasındaki tüm yaşamı büyük şehirlerde geçmiştir. Dindar bir ailede ve dindar bir çevrede yaşamış ve dini sorumluluklarını da olabildiğince yerine getirdiğini söylemiştir. Ortaokul yıllarından üniversite sonrasına kadar yaklaşık 16 yıllık yaşamı, dışı kapalı bir dini cemaatin içinde ve cemaat normları çerçevesindeki faaliyetlerde yer alarak geçmiştir. Daha önce herhangi bir psikoterapiste gitmediğini ve yakın zamana kadar da psikoloji bilimine inanmadığını söylemiştir.

Başvuru nedenleri: hayattan keyif alamama, ne yapacağını bilememe, kendisini cansız, güçsüz ve değersiz bir varlık gibi algılama olarak ifade etmiştir. Bir dönem yaşamın yegâne gayesi olarak gördüğü değerleri küçümsemekte ve yaşamını sürdürebilmek için gerekli olan mücadeleyi yürütemediğini düşünmektedir. Ayrıca sosyal ilişkilerinde zorluk yaşadığını, çalışma ortamındaki kişilerle ortak bir nokta bulamadığını, onlarla "*kendiliğinden bir sohbet*" geliştiremediğini, bu nedenle de iş ortamındaki insanların kendisinden rahatsız olduğunu söylemektedir.

Genel görünümü: Psikomotor aktivitenin yavaş ve sınırlı olduğu gözlenmiştir. Duygulanımı belirgin olmayıp yüzünde donuk bir ifade izlenmiştir. Konuşması sorulara açıklık getirecek düzeyde sade ve nettir. İletişimde bir çekingenlik izlenmemiştir. Bilinci açık ve yer, zaman kişi yönelimi normaldir. Beden duruşunda bezginlik ve hareketsizliği andıran bir dağılma hali görünmekte olup el, kol ve ayak koordinasyonunda hafif düzeyde bir disosiasyon gözlenmiştir. Çevresi tarafından da hareketsizlik ve bezginlik gibi söylemlere maruz kaldığını ifade etmiştir.

Çocukluk Dönemi Aile Yaşantısı

T. Bey, ilkokul 4. sınıfa kadar köy okulunda okuduktan sonra 5. sınıfta büyük şehirde diğer kardeşleriyle birlikte bir mahalle okuluna başlar. Derslerinde başarılı olduğunu, öğretmenin gözünde bu şekilde değer kazandığını ifade etmektedir. Annesini çalışkan, dirayetli ve çocuklarını yetiştirmek için gayret eden biri olarak tanımlamıştır. Babası da bazen döven ama genelde koruyup kollayan güçlü biridir. Ergenlik dönemine kadar okulda ya da sokakta maruz kaldığı olaylara karşı babasını yanında hissettiğini ve ona güvendiğini ifade etmiştir. Aile içinde ise anne ve babasının birbirine mesafeli olduklarını, ortak bir etkinlik içine hiç girmediklerini söylemiştir. Ailenin düşük de olsa sabit bir geliri vardır. Babasının akrabalara mesafeli duruşu nedeniyle akraba çevresi de oluşmamıştır. Bu çerçevede T. Bey'in küçük ve yalnız bir ailenin rijit/sert ortamında çocukluğunu geçirdiği anlaşılmaktadır.

Ortaokulda imam hatip okuluna gitmek istemiştir. Ortaokul 6. sınıfta dini bir gruba ait yurttaki 1 yıl kaldığını ve sadece ders çalışıp, dini sohbetlere katılarak namaza başladığını söylemiştir. O yıllara ait anımsadıklarında; yurttaki yoğun ders çalışma temposunu sevdiğini, bundan haz aldığını ve başarılı olduğu için bu yolla görünür olabildiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda T. Bey'in ilkokul ve ortaokul yıllarında az sayıdaki arkadaş çevresiyle ancak "*çalışkan öğrenci*" sıfatıyla ilişki kurabildiği anlaşılmaktadır.

14 yaşında iken arkadaşının isteğiyle başka bir dinî gruba tanışmıştır. Buradaki grup ortamında çok kitap okuyanların daha fazla değer gördüğünü, bu çerçevede T. bey de yoğun şekilde kitap okuduğunu ve sorulan soruları cevaplayarak akranlarından hep önde olma gayretinde olduğunu; bu çabalarının nedeni üzerinde düşündüğünde ise öğrenmeye olan yatkınlığının etkisiyle "*çalışkan/bilgili kişi*" kimliğini kazanmaya çalıştığını söylemiş, ortaokul ve lise yıllarının tümüyle böyle geçtiğini ifade etmiştir. Başka bir sosyal çevresi olmadığından vaktinin büyük kısmını bu ortamda geçirmekte olan T. bey, her gün devam eden konuşmalar ve sohbetlere katılmıştır. Sonraki zamanlarda içinde bulunduğu grubun -kendi ifadesiyle- "*tanrısal bir irade tarafından*" yönetildiği inancını benimsemiştir. O nedenle de hakikati bulduğunu ve '*çalışkan öğrenci*' olmak yerine yegâne gayesinin bu amaçlar çerçevesinde yaşamak olduğu kanaatine vardığını ifade etmiştir.

Sonuç olarak; T. beyin küçük ve yalnız bir ailenin rijit/sert ortamında doğup büyüdüğü ve büyükkenmecilik eğilimleri olan bir gruba aidiyet bağı kurduğu anlaşılmaktadır. Yaşamında var olabilmek için ilk zamanlar uğraş verdiği "*çalışkan öğrenci*" imajının yerini zamanla '*grup normlarına sadakat*' in aldığı söylenebilir.

Ergenlik ve Yetişkinlik Dönemi Yaşantısı

Lise yıllarında kültürel kodlarına zıt seküler bir okula kaydolmak zorunda kalmıştır. Yoğun yabancılık hissettiği bu okulda herkes sapkın, yanlış bir hayat yaşadığı için en önemli görevi grubun yüklediği misyon çerçevesinde onlara doğruyu göstermek olduğunu fakat yabancı olduğu bu farklı çevrede kimseyle iletişim kurmadığını ve okuldan sonraki tüm zamanlarını dini grubun içinde geçirdiğini ifade etmiştir. Derslerden sonraki teneffüs aralarında sınıftan çıkmadan grubun telkinleri çerçevesinde kitaplar okuduğunu, okuldaki öğretmen ve öğrencileri ise hiç önemsemediğini çünkü onların hepsinin doğrudan habersiz boş ve ahlaksız insanlar olarak düşündüğünü ifade etmiştir.

Akranları atari salonunda oyun oynama ve kız arkadaş edinme ile uğraşırken T. bey grubun evinde kitap okuyarak günlerini geçirmiştir. Bu inanç çerçevesinde günah olması nedeniyle ergenlik yıllarında kız arkadaş edinme teşebbüsünde bulunmamıştır. Sınıfında veya bir başka yerde de kadınlardan uzak durduğunu, konuşmadığını ve herhangi bir kadınla da yakınlaşma içine girmediğini ifade etmiştir. Ayrıca inancı gereği evlilik dışı tüm cinsel yakınlaşmaların büyük suçlar olarak bu dünyada ve ahirette büyük acıları beraberinde getireceğini, bunun yaşamın doğallığına aykırı işler olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan insanın kendi arzuları için değil ideal bir amaç için yaşaması gerektiğini, kişisel fikir ve arzusunun bir değerinin olmadığını, ancak grubun talep ve görüşlerinin hakikati gösterebileceğini söylemiştir. Bu anlamda olgun bir insanın başkaları için kendi arzu ve duygularından vazgeçmesi gerektiğini kendisinin de birçok defa öfkelerini içe attığını, aşağılanmalara karşı tepkisiz kaldığını söylemiştir.

T. Beyin yaşamında lise tercihi, üniversite hazırlık kursu, üniversitedeki bölümü ve kalacağı eve kadar grubun normları çerçevesinde belirlendiği anlaşılmaktadır. T. bey bu süreçte edilgen biçimde yalnızca söyleneni yaptığını ve ilahi bir yönelimle olduğu için tüm bunlardan memnun olduğunu çünkü ilahi iradenin altında hareket ederek kendisine en doğru yolun gösterildiğine inandığını söylemiştir.

Üniversite yıllarının da benzer ilişkiler ağı içinde geçtiğini ve sosyal hayata karışmadan grup kimliğini devam ettirdiğini ifade etmiştir. Bu nedenle üniversite sonrası için herhangi bir hayal kurmamış, yaşamının geri kalanını burada geçireceğini düşündüğünden mezuniyetten sonraki yıllarını da dine hizmet adı altında grubun içinde sürdürmüştür. 27 yaşında iken yaşadığı bazı anlaşmazlık ve kendi tabiriyle "uyuşmazlıklar" sonucu bu yaşam alanından ayrılarak Kpss sınavıyla öğretmen olarak atanmıştır. T. bey burada da grupla bağı devam etmiş olmasına rağmen yaşamında ciddi sorunların baş gösterdiğini ifade etmektedir. Yaşadığı sorunlar genelde, sosyal uyumsuzluk, değersizlik hissi, boş zamanlarda ne yapacağını bilememe, hayattan haz alamama ve hayatta bir yerinin olmadığı duygusu gibi belirtilerdir. Kendi evinde tek kaldığı zaman ne yapacağını bilememektedir. Önceki ortamda ona çizilmiş bir yaşam biçimi artık olmadığı için kendini yalnız ve çaresiz hissetmekte ve hayatta kendini amaçsız olarak görmektedir. Sosyal çevresi de değiştiği için insanların gözünde kendisi için bir değer görmediğini ve küçümsendiğini ifade etmiştir. Bu yüzden de hayatta bir yerinin olmadığı düşüncesiyle baş etmeye çalışmıştır.

T. bey yaşadığı bu yoğun anlamsızlık ve değersizlik duygularından kurtulabilmek için yakın bir devlet üniversitesinde uzun uğraşlar sonunda bir yüksek lisans programına başlamıştır. Bu şekilde ileride daha saygın bir meslek olan akademisyenliğe geçecek ve değersizlik duygusundan kurtulacağını düşünmüştür. İleride doktora da yapacağından İngilizce için gereken puanı da almıştır. 2 yıllık zorlu sürecin sonunda tezini bitirmiş fakat savunmadan geçemeyerek tezi reddedilmiş bölümden kaydı silinmiştir. T. Bey bu olayda büyük bir çöküş yaşadığını, uzun süre kendine gelemediğini ve kendisini adeta bir hiç gibi hissettiğini söylemiştir. "Karanlık bir kuyunun içinden çıkmaya çalışırken atılan acımasız bir tekmeyle tekrar yokluğa terk edildiğini" ve insan vasfı kazanacakken bunu elinden aldıklarını, "ailesinden babasını veya annesini kaybetmek" kadar büyük bir kederi uzun süre yaşadığını söylemiştir. Bir ara bunun sorumlusunun kader olduğunu, tanrının insanlara bilerek yardım etmediğini ve acımasızca davrandığını ve esas sorumlunun o olduğunu düşünmüştür. Bu yüzden "İsa'nın çilesi" filminde geçen "beni neden terk ettin baba" repliğini anımsamakta ve ara ara bazı dini liderlerle özdeşim kurmakta bu şekilde kendisi de otoritenin zulmüne uğramış değerli kişi vasfı kazanmaktadır. Bunu kendiliğın parçalanmasına karşı bir savunma mekanizması olarak değerlendirmek mümkündür.

Sonraki aylarda ise apar topar özel bir üniversitede tekrar yüksek lisans programına başlamıştır. Anlamsızlık ve değersizlik duyguları yoğun şekilde devam etse de bölüme başlayarak bu duyguların nispeten azaldığını ve kendisi için yeni bir amaç elde ettiğini ifade etmiştir.

Dini Grubun Temel Dinamikleri (İdealize Edilmiş Grup Kimliği)

Bahsi geçen dini grup büyük oranda dış dünyaya kapalı ve T bey'in ifadesiyle 'ilahi bir irade' ile korunmaktadır. Grup hiyerarşisinde en üstteki ruhani liderin ve yakınındakilerin metafizik güçlere sahip birer kurtarıcı olduğuna inanılmaktadır. Bu kişiler dünyayı değiştirecek bir güce sahip olup günü geldiğinde bunu başaracak olan ideal kişilerdir. Onlara yaklaşılabilmek ya da rüyada bile görmek büyük bir onur sebebidir. O nedenle grup üyeleri bu onura sahip oldukları için kendilerinin seçilmiş olduklarına inanmaktadırlar. Diğerleri gibi T bey de kutsal bir irade tarafından seçilmiş ve korunmaktadır. Uyum sağlayamayan ya da grup dışında kalan insanlar "gafil, günahkâr ya da zındık" gibi isimlerle tanımlanmakta ve mutlak kötü olarak nitelenmektedirler. Bireysel farklılıklar yerine kolektif düzen yüceltilerek her türlü özerk davranışın bencillik, kibir ve heveskârlık olarak nitelenmekte olduğu ve olumsuz bir ahlak normu olarak kabul edildiği anlaşılmaktadır.

Bu veriler ışığında bakıldığında, bahsi geçen grubun her şeye kadir, omnipotent yapıda olduğu anlaşılmaktadır. Bu yapının dışında kalan kişiler ise birer tehdit olarak damgalanmakta ya da dönüştürülmesi gereken insanlar olduğu varsayılmaktadır. Grup aidiyetinin temel koşulu olarak bireylerin özerkliği yerine idealize edilmiş ortak kimlikle kaynaşması, bu imgenin gölgesinde değer görmeleri beklenmektedir. Bununla beraber T. Bey'in ifadeleri çerçevesinde grup içinde açık bir zorlamaya gidilmediği ve gönüllülük temelinde bir işlerliğin olduğu anlaşılmaktadır.

Kendilik Psikolojisi Açısından Vaka Formülasyonu

T. Bey çocukluk döneminde rijit/sert, katı bir ailede büyümüştür. Ailenin gurbette ve yalnız olmasının T. bey için kendilik nesnesi işlevi görecekten bireylerden mahrum olmasına neden olduğu söylenebilir. Zira ilkököl yıllarından beri görünür olabilmek için "başarılı öğrenci" kimliğine sığınması, uyarıcı cevaplardaki yetersizlik ve ailedeki rijit yapının neden olduğu aynalanma eksikliği "yeterince uyarılmamış kendilik" olgusunu düşündürmektedir. Böylece kendiliğin büyülenmeci/teşhirci kutbunun gelişemediği söylenebilir. T. Bey'in çocukluk sonrasında ergenlik ve gençlik döneminde "bilinen anlamda bir ergenlik dönemi yaşamadım" söylemi ve "başkalarının ikaz ve uyarıları çerçevesinde" yaşam sürdürdüğünü ifade etmesi ve uzun yıllar içinde bulunduğu dinî kültürün de farklılaşmaya izin vermeyen boyun eğici ortamının da T. Bey için "yeterince uyarılmamış kendilik" olgusunu pekiştirdiğini söylemek mümkündür. Bu bağlamda Kohut'un (1977) ifade ettiği üzere T. Bey'in kendilik yapısında birincil aynalanma eksikliğine bağlı "büyüklenmeci kendilik" kutbunun yeterince gelişmediği değerlendirilmiştir.

Ergenlik dönemi ve sonrasında ise dinî cemaat içindeki ruhanî lider ile özdeşim kurduğu ve onun takipçilerini idealize ettiği görülmektedir. En tepedeki tümgüçlü ruhani liderin "kurtarıcı" şeması da dikkate alındığında T. Bey'in bu lider ve yakın takipçileriyle kaynaşma içinde olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda seçilmişlik duygusunun da etkisiyle T. Bey'in kendilik yapısının idealize edilmiş kimlik imgesi ile kaynaştığını söylemek mümkündür. İdealize edilmiş imgeye (gerek baba gerek sonradan girdiği dini cemaat) libidinal enerji yatırılarak, bu imgeyle özdeşim kurduğu ve büyüklenmeci kendilik kutbundaki yetersizliğini, idealize edilmiş lider imgesinin gölgesine girerek telafi etme yoluna girdiğini söylemek mümkündür.

Öğretmen olarak iş hayatına girdiği dönemde, ideal imgeden çevresel nedenlerle uzaklaşması -kaynaşma aktarımının zayıflamasına bağlı olarak- kendilik yetersizliğinin tekrar açığa çıkmasına ve kendisini güçsüz hissetmesine neden olmuştur. T. bey başladığı yüksek lisans çalışmasında da aslında bu kaynaşma aktarımını farklı bir formatta yeniden yapılandırmak istemiş ve eski gücüne bu şekilde ulaşmayı hedeflemiştir (ilahiyat alanının seçimi ve tez konusunun dini grup olması). Fakat bu girişimin başarısız olması "karanlık kuyulara düşmek, yokluğa terk edilmek" söyleminde ifade ettiği gibi kendilik parçalanmasına yol açmıştır. Acı çeken dini liderlerle özdeşim kurmak ya da hatayı tanrıya yüklemek (yön değiştirme) gibi kendiliği ayakta tutmaya yönelik savunmalar içine girmiştir.

Yetişkinlik dönemi yaşantısındaki değersizlik, yetersizlik ve ne yapacağını bilememe duygusunun da ihtiraslar kutbundaki gelişimsel duraklamadan kaynaklandığı söylenebilir. Zira yaşadığı değersizlik duygusundan kurtulmak için yüksek lisansa kayıt olmayı varlık yokluk konusu yapması ve tezin reddedilmesi sonrası uzun süre kendisini "hiç gibi hissetmek" "yokluk kuyusuna terk edilmek" gibi normalin çok üzerinde bir hüznün ve yası yaşaması, varoluşunu ötekinin onayında gördüğü için aynalanma yetersizliği tespitini güçlendirmektedir. Tezin reddedilişi aranan onayın elde edilememesi sonucu kendilik parçalanmasına neden olduğundan T. Bey derin bir yas duygusu içine girmiştir. O nedenle ülküleştirilmenin arkaik biçimi olarak kısa süreli mistik vecd haline girmiş ve tarihteki bazı dini kişiliklerle özdeşim kurarak aynı kaderi paylaştığını söylemiştir.

Psikoterapi Süreci

Danışanla yapılan terapi sürecinde empatik bir duruş sergilenmiştir. Kendilik psikolojisi kuramında 'ayna aktarımı' psikoterapi sürecinde en kritik kavramlardan biridir. Çünkü çocukluk döneminde birincil aynalanma yetersizliğine bağlı olarak kişinin deneyimlediği suçluluk, yetersizlik ya da acı veren yoğun duygular ancak danışan karşısında onaylayıcı ve kabullenici ayna işlevi gören bir nesnenin yanıt vermesiyle normalleşebilir. Bu nesne, terapi sürecindeki terapisttir.

T. Bey'in psikoterapi sürecinde kendisini anlamsız ve değersiz hissettiği süreçlerde terapist tarafından optimal düzeyde aynalama işlevi görülmüştür. Bu süreçte kendiliğin büyükmecici kutbunun aktive edilmesi hedeflenmiştir. Daha sonraki oturumlarda ise terapistle olan ilişkisinde kendisini, kendilik nesnesi gibi algılama (ikizlik aktarımı) süreçleri desteklenmiştir. Bu aktarım-karşı aktarım ilişkisi kaynaşma aktarımı (kendilik nesnesiyle bütünleşme ve tek olma gereksinimi) ile optimum düzeyde yaşanmıştır.

Terapinin bir sonraki aşamasında T. Bey'e psikodinamik yorumlarla geçmiş yaşantıları ile şimdi ve burada yaşanan duygulara yönelik farkındalık kazandırılmaya çalışılmıştır. Yapılan tüm psikoterapi oturumlarında T. Bey'in belirgin olarak ölküleştirici aktarımı aktifleşmiş ve bazen terapistle bazen de idealize ettiği imgelere yöneldiği gözlenmiştir. Bu bağlamda hem terapistle hem de diğer nesnelere yapılan yüceltmelerde T. bey'in dürtülerini ve duygularını düzenlemesi ele alınmış ve kaynaşma aktarımı halinde olduğu ölküleştirilmiş imago (dini cemaat) yönelik optimal kırılmalar hedeflenmiştir. Bu çerçevede seanslarda kişinin idealize ettiği tümgüçlü nesne, değerli görülmekle beraber hayatın gerçekliği içindeki yerine optimal düzeyde vurgu yapılmış, seconder narsizme geçişi için yollar açılmıştır. Öte yandan libidinal enerjinin idealize edilmiş imgeden çekilip büyükmecici kendilik kutbuna yatırılması amaçlanarak danışanın büyükmecici kendilik kutbunun aktifleşmesi üzerine çalışılmıştır. Büyükmecici kutba (grandiyöz) yapılan aynalamalar da libidinal enerjinin kendine yönelmesini ve kendiliğin canlanmasını sağlamıştır. Bu bağlamda idealize imgede yaşanan optimal kırılmalar ve büyükmecici kutba yapılan yatırım dengeli seconder narsizm çerçevesinde kendilik yapılanmasını daha dengeli bir yere taşımıştır. Bu süreçte T. Bey kendilik nesnesi olan terapistinin sakinlik içindeki dengeli tutumunu dönüştürerek içselleştirdiği (transmuting internalizasyon) gözlenmiştir.

İlerleyen psikoterapi oturumlarında T. Bey'in grandiyöz duygularını ortaya koyduğu gözlenmiştir. Kendi dürtülerinden gelen arzu ve istekler ile değerler kutbu arasında ortaya çıkan gerilim ise üçüncü bir kutbu gelişmesine olanak tanımıştır. Bu yeni kutbu T. Bey'in yaşam becerilerinde kullanabileceği yaratıcı ve itici bir kaynağa dönüştürülmesi hedeflenmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerini dini bir cemaat içinde geçirmiş T. beyin kendilik psikolojisi çerçevesindeki terapi süreci ele alınmıştır. Kuramdaki aynalanma, idealize edilmiş ebeveyn imagosu, büyükmecici kendilik kavramları üzerinden danışanın formülasyonu yapılmıştır. Bu bağlamda T. Bey'in erken yaşlarında gerek aile gerekse okul yaşamı göz önüne alındığında yeterli düzeyde aynalanmadığı ve çekirdek kendiliğinin uyarılmadığı anlaşılmaktadır. Kendince entelektüel bir kişilikle görünür olma gayreti de bu eksikliğin giderilmesi olarak değerlendirilmiştir. Lisans eğitimi sonrası hazırladığı yüksek lisans tezinin reddedilmesindeki derin kırılma ve kendini hiç gibi hissetme duygularının temelinde de aradığı onayı bulamama sonucu ortaya çıkan "kendiliğin parçalanması" vardır.

Öte yandan ergenlik yıllarından itibaren yoğun temas halinde olduğu bir dini cemaatin T. Bey'in kişiliği üzerinde önemli etkileri olduğu değerlendirilmektedir. Cemaatin ruhani lideri olan büyük kurtarıcı ile sık sık özdeşim kurduğunu ifade etmesi kendiliğinin derin bir kaynaşma aktarımı içinde olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda kendiliğin ihtiraslar kutbunun zayıflamasına karşı, idealize edilmiş güç sembolü nesneyle kurduğu kaynaşma ile kendiliği güçlendirme yoluna gitmiştir. Fakat güç sembolü olan nesnelere ilişkisi (gerçekliğe temasa kapalı olan cemaat tipi sosyal yapı nedeniyle) ilkel bir bağımlılık düzeyinde kaldığı için primer narsist bir örüntünün ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

Grup içindeki öğretilerden biri olan "bireyselliğin lanetlenmesi (kibir)" çerçevesinde büyükmecici (grandiyöz) kendilik, haz ve ihtiraslar kutbunun gelişimi büyük oranda kapandığından terapinin ilk etabında arzularının açığa çıkmasına salık verilmiştir. Ortaya koyduğu, ürettiği her şeyi kendisinin başardığı anlamındaki aynalamalar ile yapılan kendilik nesnesi işlevi ihtiraslar kutbunu güçlendirilmiştir.

Dini ya da seküler kült gruplarda sık sık rastlanan bir olgu, grup kimliğinde kaynaşan bireylerdeki aynileşme/benzeşme olgusudur. Bu şekilde bireysel arzu ve ihtirasların yerini ortak normatif hedefler alır. Libidinal enerji idealize edilmiş ortak bir figüre yatırılarak grup üyelerinin kendilikleri bu imago ile kaynaşır. Bu bağlamda özerkliğini yitirmiş grup üyeleri

için gelişimsel duraklamaya uğramış narsistik bir kendilikten söz etmek mümkündür. Konuştuklarında kendisi yerine idealize edilmiş büyüklerinden bahsetmeleri, kendini bir hiç gibi son derece değersiz görmeleri ya da eşitlik temelinde bir ilişki yerine ebeveyn-çocuk modunda bir ilişki biçimine girmeleri kaynaşma aktarımının neden olduğu tepkiler olarak ele alınabilir. O nedenle ölküleştirilmiş imagoda sistematik yaşanan kırılmalara olanak tanınmıştır. Bu şekilde libidinal yatırımın ideallerden çekilip ihtiraslar kutbuna yatırımı hedeflenmiştir.

1,5 yıllık çalışmanın sonunda T. bey, seçilmişlik duygusunun büyük oranda azaldığını ve ilişkilerinin otantik yönelimlere döndüğünü ifade etmiştir. Yaşamına hâkim olan cansızlığın yerini spontane davranışların aldığını ve arzularını yönlendirebildiğini, ortaya koyduğu işleri içselleştirerek kendine mal ettiğini ifade etmiştir. Bunu "kendiliğin canlanması" olarak düşünmek mümkündür. Fakat zaman zaman ideal nesneyle tekrar temas kurma ihtiyacı doğduğunu ifade etmektedir. Bu durumu da ölküsel nesne açlığı biçiminde yorumlamak mümkündür ki terapinin bir süre daha devam etmesinin faydalı olacağı değerlendirilmiştir.

Kaynakça

- Goldberg, A. (Ed.). (1978). *The Psychology of the Self: A Casebook*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* (A. Goldberg & P. Stepansky, Eds.). Chicago: University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York, NY: International Universities Press.
- Lessem, P. A. (2005). *Self Psychology: An Introduction*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.
- Rowe, C. E. ve Mac Isaac, D. S. (1991). *Empathic Attunement: The "Technique" of Psychoanalytic Self Psychology*. Lanham, MD: Rowman & Little field Publishers.
- Siegel, A. M. (1996). *Heinz Kohut and the Psychology of the Self*. New York, NY: Routledge.
- Terbaş, Ö. (2004). Kendilik Psikolojisi Kuramına Göre Kendilik Bozukluklar: Bir Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15 (1), 70-76.
- Türkçapar, M. H. (1995). Kendilik psikolojisi ve Temel Kavramlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6, 125-131.
- Wolf, E. S. (1988). *Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology*. New York, NY: The Guilford Press.

Duygu Odaklı Terapi Leslie S. Greenberg

Duygu Odaklı Serisi: 2

ISBN: 978-605-9137-48-5 Yayın No: 71

Duygu Odaklı Terapi, duyu merkezli hümanist yaklaşımın kuramı, tarihçesi, araştırmaları ve uygulamasına bir giriş sunmaktadır. İnsan işlevselliğine dair bütünlüklü bir kuram olan duyu odaklı terapi, duygunun adaptif rolüne ve kalıcı değişim için duygusal değişimin temel olduğu fikri üzerine kurulan bir terapi uygulamasına dayalıdır.



Depresyonun Duygu Odaklı Terapisi Leslie S. Greenberg, Jeanne C. Watson

Duygu Odaklı Serisi: 18

ISBN: 978-625-7309-36-3 / 978-625-7309-37-0 Yayın No: 280

Bu kitapta Greenberg ve Watson depresyon tedavisinde duyu odaklı terapi uygulamasının süreç boyunca nasıl yapılandırılacağını ve terapötik müdahalelerin uygulama biçimlerini vaka örnekleri ile birlikte sunmaktadır.

Duygu Odaklı Terapi Klinik El Kitabı Duygu Odaklı Serisi: 21

Leslie S. Greenberg & Rhonda N. Goldmang

ISBN: 978-625-7309-31-8 Yayın No: 294

Terapötik değişim sürecinde duygunun rolünün önemi ne vurgu yapmayı; uyumu artıran duyu türlerinin çok az, uyumu bozan duyu türlerinin ise çok fazla görüldüğü danışanlarda duyu üzerinde nasıl etkili bir şekilde çalışılabileceğini göstermeyi amaçlayan bu çalışma klinik el kitabı olması yönüyle literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır.



Heinz Kohut / Psikanalist Olma Yolunda Biyografi Serisi: 1

Charles B. Strozier

ISBN: 978-625-7309-61-5 / 978-625-7309-62-2 Yayın No: 400

Charles B. Strozier, Kohut'un hayatını anlatırken usta bir analistin tüm araçlarını ortaya koyuyor: zeka, bilgelik, empati, tersine içgörü ve görünürde olanın ardına bakma isteği.

Terapinin Dili

Paul Wachtel

ISBN: 978-605-9137-45-4 Yayın No: 86

Bu kitap terapi tekniğiyle, hastamızı anladıktan sonra onu anladığımızı nasıl söze döküp ifade edeceğimizle ilgili bilgiler içermektedir. Kitap, literatürde ve eğitim programlarının çoğunda var olan bir boşluğu doldurmak amacıyla yazılmıştır. Amacı terapistlerin hastanın iyileşme ve değişim sürecine yardımcı olmak üzere ne söyleyebileceğini ayrıntılı olarak incelemektir.



Psikanalitik Gelişim Teorileri Rehberi

Joseph Palombo-Harold K. Bendixen - Barry J. Koch

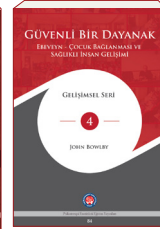
ISBN: 978-605-7926-00-5 Yayın No: 254

Dürtü teoristen ego psikolojisine, nesne ilişkilerinden kişilerarası teoriye, kendilik teorilerinden bağlanma teorilerine belli başlı paradigmlar üzerinden tüm analitik gelişim teorilerini akıcı bir çerçevede sunan bu kapsamlı eser, önde gelen teorisyenlerin biyografik bilgileri, teorik katkıları ve vaka örnekleriyle psikanalizin geçmişinden geleceğine ışık tutuyor

Zihinlerin Buluşması: Psikanalizde Müştereklik / İlişkisel Serisi: 5 Lewis Aron

ISBN: 978-605-7926-25-8 Yayın No: 273

Çağdaş ilişkisel psikanaliz en üretken isimlerinden olan Lewis Aron, kendine has bütüncül üslubuyla psikanaliz teorisinin geçmişten bugüne en önemli yapıtaşlarına tek tek özenle dokunarak farklı kuramların ve kuramcılarının birbirine nerelerde yaklaştığını, birbirinden nasıl uzaklaştığını olağanüstü akıcı ve anlaşılır şekilde gözler önüne seriyor.



Güvenli Bir Dayanak

Ebeveyn - Çocuk Bağlanması ve Sağlıklı İnsan Gelişimi

John Bowlby

ISBN: 978-605-5241-91-9 Yayın No: 84

Dünyaca ünlü psikiyatrist ve Bağlanma Kuramı üzerine çalışan ilk araştırmacılarından olan J. Bowlby, erken dönemdeki yakın ilişkilerin kritik önemine dayanarak çocuk gelişimine dair önemli rehber ilkeler sunuyor.

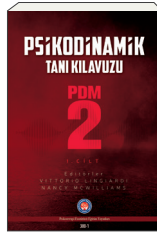
Psikodinamik Tanı Kılavuzu PDM-2 Bütüncül Serisi: 23

Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams

ISBN Takım: 978-605-7926-41-8

Yayın No: 300

PDM-2 insanın duygusal, bilişsel, kişilerarası ve sosyal örüntülerinin hem görünen yüzünü hem derinliklerini araştıran ve işlevselliğinin bütününe kapsayan bir tanı çerçevesi sunuyor.



Borderline Kişilik Bozukluğunda Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi

Zihinselleştirme Serisi: 2

Anthony Bateman - Peter Fonagy

ISBN: 978-625-7309-45-5 Yayın No: 194

Borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde klinik olarak etkisi kanıtlanmış bir tedavi olan zihinselleştirmeye dayalı tedaviye pragmatik ve yapısal bir yaklaşım sunan bu pratik rehber, gerçek yaşamdan örneklerle birebir klinik uygulamaya odaklanmaktadır.

Terapi Neden İşe Yarar?

Zihnimizi Kullanarak Beynimizi Değiştirmek
Nörobilim Serisi: 9

Louis Cozolino

ISBN: 978-605-9137-61-4 Yayın No: 232

Beynimizin sosyal bir organ olarak evrimleşmesi sonucunda insan ilişkilerinin hem acı hem güç kaynağı olabildiğini gerek danışan öykülerinden gerek kendi hayatından örneklerle anlatıyor. Öykülerin ve anlatıların pozitif değişim, nöral bütünleşme ve özdüzenlemedeki büyük rolünü derinden hissedebilirsiniz.



Zihnin Gelişimi

İlişkiler ve Beyin Arasındaki Etkileşim Bizi Nasıl Biz Yapar?

Nörobilim Serisi: 10

Daniel J. Siegal

ISBN: 978-605-9137-94-2 Yayın No: 253

Kişilerarası nörobiyoloji yaklaşımıyla insan ilişkilerinin beyin gelişimi üzerine etkisini anatomik, nörolojik ve klinik bilgilerle ortaya koyuyor. Bebek-ebeveyn ilişkisinden duygulara, bellekten kendi kendini düzenlemeye kadar güncel araştırma alanlarını bütünsel bir kavrayış içinde ustalıkla bir araya getiriyor.

Beynin Bilinçli Farkındalığı Nörobilim Serisi: 11

Daniel J. Siegal

Yayın No: 301

Bilinçli farkındalık, tüm kültürleri kapsayan evrensel bir amaçtır. Bu zihinsel kapasite genellikle kişinin zihnini o anda yaşadıklarına odaklanmasını sağlayan bir dikkat becerisi olarak görülse de, bu kitapta konuya daha derin bir bakış açısıyla yaklaşacak ve bilinçli farkındalığı kişinin kendisiyle kurduğu sağlıklı bir ilişki kapsamında ele alacağız.



Bilinçdışı Zihnin Gelişimi

Nörobilim Serisi: 12

Allan N. Schore

ISBN: 978-605-9137-94-2 Yayın No: 404

Zihinsel sağlık alanında son derece heyecan verici bir gelişme ve yeni kavramsal örgütlenme dönemi yaşanmaktadır. Birbirinden bağımsız çeşitli bilimsel çalışmalardan elde edilen bulgular, disiplinlerarası bir zihin ve zihinsel sağlık görüşünde birleşmektedir. İnsan gelişiminin kişilerarası nörobiyolojisini incelemek, zihnin ve beynin yapı ve işlevlerinin deneyimlerle, özellikle de duygusal ilişki deneyimleriyle, şekillendiğini anlamamızı sağlamaktadır.

TAHİR ÖZAKKAŞ TÜM KONFERANSLARI

Toplam 45 Cilt / Seminer Serisi

Uz. Dr. Tahir Özakkaş

Psikoterapi Enstitüsü olarak, öncelikle ruh sağlığı profesyonellerinin ya da ruh sağlığı ile ilgilenen kişilerin ihtiyaç duyacağı teorik bilgileri ve pratik/uygulamaya yönelik deneyimleri paylaşan özgün ve çeviri yayınlar ile literatüre katkıda bulunmayı hedefliyoruz. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, Psikoterapi Enstitüsü'nün çalışmaları kapsamında gerçekleştirilen atölye çalışmaları, ulusal konferanslar, uluslararası konferanslar ve dünya literatüründen seçkileri içermektedir.

Bu kitaplar, çeşitli kurum ve kuruluşlarda halka yönelik olarak gerçekleştirmiş olduğum konferansların deşifrelerinin derlemesi olma özelliğiyle özgün bir yayın niteliği taşımaktadır.



- **Halk Konferansları**
ISBN: 978-605-7926-79-1 Yayın No: 12
- **Ruhsal Aygıt**
ISBN: 978-605-7926-73-9 Yayın No: 17
- **Psikolojik Sohbetler**
ISBN: 978-605-9137-63-8 Yayın No: 136
- **Terapilerin Özeti**
ISBN: 978-605-9137-17-1 Yayın No: 195
- **Vallahi Hekimler de İnsan!**
ISBN: 978-605-9137-21-8 Yayın No: 201
- **Gençlere Yönelik Hekim ve Ruh Sağlığı Konferansları**
ISBN: 978-605-9137-26-3 Yayın No: 211
- **Terapistliğe Giriş ve İlk Adım Konferansları**
ISBN: 978-605-9137-27-0 Yayın No: 212
- **Ruh Sağlığı Profesyonellerine Yönelik Hipnoz Eğitim Konferansları**
ISBN: 978-605-9137-32-4 Yayın No: 213
- **İşletmelerdeki Ruhsal Kavga'nın ve Korkunun Özü**
ISBN: 978-605-9137-31-7 Yayın No: 214
- **Rehberlikte Uygulamalı Bütüncül Psikoterapi Rehber Öğretmenliğe Farklı Bakış**
ISBN: 978-625-7309-30-1 Yayın No: 216
- **Ben Kimim? Kişiliğimizi Tanıyalım**
ISBN: 978-605-7926-79-1 Yayın No: 306
- **Anne, Baba Ve Evlat Olmak...**
ISBN: 978-605-7926-86-9 Yayın No: 307
- **Pandeminin Tetiklediği Travma ve Korkularımız**
ISBN: 978-605-7926-87-6 Yayın No: 308
- **Kendin Olmak Veya Akıl Hastası Olmak**
ISBN: 978-605-7926-91-3 Yayın No: 309
- **Hipnoz ve Psikoterapi**
ISBN: 978-605-7926-93-7 Yayın No: 310
- **Ruhsal Bozukluklarda Hipnoterapi**
ISBN: 978-605-7926-72-2 Yayın No: 311
- **Kişilik Örgütlenmeleri: Ben Kimim de Size Terapi Vereceğim?**
ISBN: 978-605-7926-89-0 Yayın No: 312
- **Bütüncül Yaklaşımla Aile Danışmanlığı Uygulamaları**
ISBN: 978-605-7926-92-0 Yayın No: 313
- **Gençlik, Ergenlik ve Psikohipnoterapi**
ISBN: 978-605-7926-83-8 Yayın No: 314
- **Terapistler Kuramları Terapide Nasıl Harmanlar**
ISBN: 978-605-7926-66-1 Yayın No: 315
- **Terapistler İçin Hipnoterapi**
ISBN: 978-605-7926-68-5 Yayın No: 316
- **Terapistler İçin Psikohipnoterapi**
ISBN: 978-605-7926-67-8 Yayın No: 317
- **Kurumlar ve Yöneticilerin Terapisi**
ISBN: 978-605-7926-88-3 Yayın No: 318
- **PDR'de İlk Görüşme ve Müdahaleler**
ISBN: 978-605-7926-84-5 Yayın No: 319
- **Psikolojik Danışmanlık ve Zor Vakalar**
ISBN: 978-605-7926-80-7 Yayın No: 320
- **Psikolojik Danışmanlık ve Okullarda Müdahaleler**
ISBN: 978-605-7926-81-4 Yayın No: 321
- **Psikolojik Danışmanlık ve Kriz Yönetimi**
ISBN: 978-605-7926-82-1 Yayın No: 322
- **Rehberlikte Krize Müdahale**
ISBN: 978-605-7926-76-0 Yayın No: 323
- **Rehberlikte Travma ve Yasa Müdahale**
ISBN: 978-605-7926-75-3 Yayın No: 324
- **Rehberlikte İletişim ve Duygu Düzenleme**
ISBN: 978-605-7926-77-7 Yayın No: 325
- **Ruh Sağlığı Yelpazesinde PDR Hizmetleri**
ISBN: 978-605-7926-74-6 Yayın No: 326
- **Bütüncül Psikoterapi Yelpazesinde PDR Hizmetleri**
ISBN: 978-605-7926-94-4 Yayın No: 327
- **Bütüncül Yaklaşımda Kültüre Duyarlı PDR Hizmetleri**
ISBN: 978-605-7926-90-6 Yayın No: 328
- **Panik, Obsessif, Anksiyete Bozukluklarında Atölye Çalışması**
ISBN: 978-605-7926-85-2 Yayın No: 329
- **Terapist, Danışan İlişkisi**
ISBN: 978-605-7926-69-2 Yayın No: 330
- **Psikoterapiler ve Rölatif Bütüncül Yaklaşım**
ISBN: 978-605-7926-78-4 Yayın No: 331
- **Beyoğlu Konferansları: Bütüncül Psikoterapilerde Danışan Olmak**
ISBN: 978-605-7926-96-8 Yayın No: 332
- **Beyoğlu Konferansları: Bütüncül Psikoterapilerde Terapist Olmak**
ISBN: 978-605-7926-95-1 Yayın No: 333
- **Ruhsal ve Kurumsal Gelişim Hikayeleri**
ISBN: 978-605-7926-71-5 Yayın No: 334
- **Süpervizyon ve Sempozyum Konuşmaları**
ISBN: 978-605-7926-70-8 Yayın No: 335
- **Evlat! Sen Kimsin? "Kültürden Duyguya"**
ISBN: 978-625-7309-88-2 Yayın No: 405
- **Hayat Işığında Psikoterapiye Kapsamlı Bir Bakış**
ISBN: 978-625-7309-90-5 Yayın No: 406
- **Uzm. Dr. Tahir Özakkaş İle İnteraktif Makale Şerhi Günleri**
ISBN: 978-625-7309-89-9 Yayın No: 407
- **Bütüncül Psikoterapide Kuramlar Arası Yolculuk**
ISBN: 978-625-7309-94-3 Yayın No: 408
- **Halk Dilinde Psikoloji**
ISBN: 978-625-7309-91-2 Yayın No: 411

